

# **AUDITOR**

## **Auditoria às Bases de Dados dos GDHs**

**Versão 3.18 – Novembro de 2005**

Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e Gestão  
Av. da República, n.º 61-2.º, Apartado 14052 – 1064-808 LISBOA  
Telefone 21 792 5500, Fax 21 792 5533



## 1. Índice

<i>secção</i>	<i>Título</i>	<i>página</i>
1	Índice	
2	Introdução	
3	O contexto da codificação clínica nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde	
4	Novidades desde a última versão	
5	Convenções	
6	Instalação	
7	Menu Principal	
8	Configuração	
9	Processos confirmados	
10	Seleccção do ficheiro ou ficheiros a auditar	
11	Estatísticas sumárias do ficheiro a analisar	
12	Menu das Opções de Trabalho	
13	Seleccção de registos	
14	Seleccção de registos através do menu de erros ou mensagens	
15	Lançamento de uma auditoria	
16	Perguntas mais frequentes	
17	Rotina de erro	
18	Anexo 1 – Glossário	
19	Anexo 2 – Lista e descrição das mensagens	
20	Anexo 3 – Medicare Code Edits	
21	Anexo 4 – Agrupamento das mensagens no menu de selecção	
22	Anexo 5 – Estrutura das tabelas exportadas pelo Integrador de GDHs	
23	Anexo 6 – Combinações de teclas	
24	Anexo 7 – Ficheiros objecto de auditoria, variáveis analisadas e variáveis listadas	
25	Anexo 8 – Tabelas utilizadas no programa Auditor	
26	Anexo 9 – Recursos de Codificação e de Auditoria	
27	Anexo 10 – Versões dos Agrupadores HCFA e Portarias do Diário da República	
28	Anexo 11 – Ficheiro de configuração do FoxPro (Config.FP)	
29	Anexo 12 – As duas listagens do programa Auditor	



## 2. Introdução

O programa Auditor foi desenvolvido a partir de 1994 com o objectivo de automatizar a pré-auditoria, ou auditoria informatizada, das bases de dados dos GDHs que os hospitais portugueses do Serviço Nacional de Saúde constróem através da recolha e codificação das informações relativas aos seus episódios de internamento.

A motivação que levou a este desenvolvimento foi, primeiramente, a necessidade que o IGIF sentiu em avaliar a qualidade e em quantificar indicadores vários das bases de dados cumulativas daqueles registos e, depois, a necessidade duma ferramenta com que os hospitais pudessem garantir, na origem, a qualidade da sua informação.

Esta ferramenta deveria, assim, conseguir detectar um conjunto de situações que se pudessem definir como anómalas, sugestivas de erros, capazes de despoletar alertas e, desse modo, justificar a revisão dos registos em causa e, eventualmente, a sua correcção.

Pelo caminho, foram delineadas grelhas de avaliação cujos parâmetros, inicialmente, se baseavam em médias de códigos de diagnósticos e de procedimentos por registo, taxas de códigos errados e de alertas emitidos, etc.

Mas com o tempo foram sendo acrescentadas validações mais subtis e poderosas, em consequência dum maior conhecimento das regras de codificação e do próprio sistema de classificação (CID-9-MC).

...

Os ficheiros tinham que ser exportados a partir do Integrador de GDHs, enviados ao IGIF e aí importados para a base de dados nacional (MasterDB). Em todo este processo pode haver manipulação e corrupção de dados, pelo que não será de admirar que tenham que ser validados elementos tão simples como números e datas, como a eventual existência de caracteres não numéricos no campo da data de alta...

Os códigos suportados são todos os existentes até à última actualização anual da ICD-9-CM (neste momento a de Outubro de 2003).



### 3. O contexto da codificação clínica nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde

#### **Os GDHs em Portugal**

O projecto de implementação dos GDHs foi iniciado em 1982. Em 1987 é integrado no Sistema para a Informação e Gestão dos Serviços de Saúde (SIGSS). Em 1988 iniciam-se as acções de formação para os médicos, mão de obra disponível na altura. São distribuídos equipamentos informáticos aos hospitais do SNS. O então Secretário de Estado da Saúde, Eng.º Costa Freire, assina a circular n.º 1/89 que apresenta os objectivos da implementação dos GDHs em Portugal aos conselhos de administração hospitalares.

A codificação de todos os episódios de internamento inicia-se com as altas a partir de 1/1/1989. As acções de auditoria externa, por parte do IGIF, iniciam-se em 1993.

Sucedem-se algumas equipas de médicos formadores e de médicos auditores externos, que asseguram a formação de médicos em codificação clínica. A Dra. Odete Fachada orienta formações na área da auditoria da qualidade.

#### **Contexto**

O sistema de classificação em GDHs aplica-se, por definição, aos episódios de internamento em hospitais de agudos. Ficam de fora os hospitais de crónicos ou de cuidados continuados. Aplica-se oficialmente nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, desde 1989 e nada impede a sua utilização em outros hospitais. Mas as ferramentas de recolha, armazenamento, agrupamento, gestão, auditoria e listagem de informações ou registos são apenas distribuídas aos hospitais do SNS.

#### **Versões**

Na presente data utilizam-se os códigos da CID-9-MC e o agrupador HCFA DRG versão 16.0, de Outubro de 1998. A portaria oficial aplicável é a 132/2003 de 5 de Fevereiro (veja-se no Anexo 10 as versões utilizadas anteriormente).





#### 4. Novidades das últimas versões

1. Na sequência da entrada em funcionamento do programa Integrador, mais informação ficou acessível na base de dados e, conseqüentemente, disponível para auditoria. Estas informações passaram assim a ser validadas e a aparecer nas listagens:
  - 1.1. número do episódio de internamento;
  - 1.2. data da primeira cirurgia;
  - 1.3. mais serviços de internamento (até ao 19.º) e respectivas datas de entrada e de saída;
  - 1.4. mais causas externas (até à 20.ª), mais diagnósticos (até ao 20.º) e mais procedimentos (até ao 20.º);
  - 1.5. código de morfologia das neoplasias;
  - 1.6. motivo de transferência para outro hospital
  - 1.7. número da Ordem dos Médicos do médico codificador;
2. alargado o tipo de ficheiro a auditar: mantêm-se os originários do antigo LDRG, e contemplam-se os resultantes das exportações do Integrador para o Auditor (versões 2.xx e 3.xx), para DBF, e para o IGIF (um par de ficheiros);
3. controlada a emissão de erro quando são reconhecidos tipos de ficheiros .DBF em formato não nativo do FoxPro;
4. actualizados os ficheiros de códigos e descrições de causas externas, de diagnósticos e de procedimentos, de modo a serem reconhecidos códigos novos (até Setembro de 2004), e feitas múltiplas correcções às traduções e à ortografia dos existentes; os códigos de Outubro de 2004 serão actualizados brevemente;
5. acrescentadas novas opções de selecção de registos dentro do ficheiro objecto de auditoria:
  - 5.1. por Serviço
  - 5.2. por causa externa / diagnóstico / procedimento / morfologia / GDH
  - 5.3. por codificador
  - 5.4. registos facturáveis
6. corrigida a “memorização” indevida de filtros de selecção de registos por Serviço entre duas auditorias distintas;
7. foi posto em prática um controlo apertado entre os diagnósticos de traumatismos, efeitos adversos, intoxicações, efeitos tardios, efeitos das radiações, maus tratos, complicações de cuidados médicos ou cirúrgicos, ... e as necessárias e convenientes causas externas;
8. identificadas as situações de codificação apenas do local de ocorrência, faltando a devida causa externa;
9. identificadas as situações de efeitos adversos inespecíficos (995.2)
10. identificada a falta de causa externa nos casos de dermatites devidas a medicamentos (692.3 e 693.0);

11. melhorada a validação das situações de parto;
12. melhorada a validação das situações de fórceps, ventosa e episiotomia e respectivas associações;
13. criadas tabelas para registo de abreviaturas das EFRs e dos Serviços destinadas a aparecerem nas listagens em vez dos respectivos códigos; acrescentados ecrãs elucidativos para evitar que se apaguem inadvertidamente estas tabelas;
14. acrescentada informação identificativa do ficheiro de confirmações activo;
15. acrescentada informação identificativa dos diagnósticos de traumatismos definidos como significativos para efeitos de classificação na GCD (Grande Categoria Diagnóstica) 24 - Traumatismos Múltiplos Significativos;
16. acrescentada ajuda na introdução de códigos para selecção de registos a auditar;
17. impressão em itálico dos códigos de manifestação de outras doenças, em consonância com a convenção habitual da lista tabular;
18. novas mensagens:
  - 18.1. angina de peito associada a diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio [26]
  - 18.2. aterosclerose das extremidades e gangrena em codificação múltipla [28]
  - 18.3. código de motivo de transferência (x) inválido [157]
  - 18.4. complicações de abortamento em codificação múltipla [297]
  - 18.5. data da cirurgia preenchida sem procedimento no BO [353]
  - 18.6. diagnóstico adicional inaceitável [366]
  - 18.7. diagnóstico de efeito tardio de cuidados médicos: causa externa não codificada [395]
  - 18.8. diagnóstico de efeito adverso inespecífico (995.2) [401]
  - 18.9. diagnóstico de efeito de radiações: causa externa não codificada [403]
  - 18.10. diagnóstico de parto por fórceps ou ventosa sem o procedimento respectivo [439]
  - 18.11. diagnóstico de queimadura: causa externa não codificada [445]
  - 18.12. episiotomia simples (e episiotomia) associada a fórceps ou ventosa [511]
  - 18.13. incoerência entre o peso registado na BD e o peso codificado
  - 18.14. prematuridade: verificar o peso registado [788]
  - 18.15. prematuridade: verificar a não codificação das semanas de gestação [787]
  - 18.16. procedimento no bloco operatório: falta a data da cirurgia [808]
  - 18.17. validar morfologia de metástase e diagnóstico principal de neoplasia ou vice-versa [878]
  - 18.18. verificar codificação de má posição/apresentação sem obstrução [890]
  - 18.19. verificar codificação de parto assistido e por cesariana simultaneamente [889]
  - 18.20. verificar diagnóstico principal em adulto com GDH de recém-nascido [891]
  - 18.21. verificar não codificação de ventilação em GDH de traqueostomia [893]
  - 18.22. verificar sequenciação de síndrome coronário indeterminado versus aterosclerose coronária [863]
  - 18.23. verificar sequenciação dos códigos de obstrução e de má apresentação [900]
  - 18.24. verificar sequenciação dos códigos de obstetrícia [895]
  - 18.25. verificar sequenciação dos códigos dos procedimentos cirúrgicos [898]
  - 18.26. mensagens corrigidas:

- 18.27. inserção/remoção de pacemaker sem terminais ou vice-versa;
19. alargado o conjunto de indicadores apresentados nas estatísticas;
20. possibilidade de registo da confirmação de mensagens que foram revistas pelo médico Auditor e de confirmação de registos em bloco; impressão da informação de mensagens confirmadas nas listagens e apresentação das respectivas percentagens nos quadros das estatísticas;
21. criado um novo formato de exportação de texto para as listagens e/ou estatísticas: é possível, agora, ler textos criados pelo programa em formato **.DOC** no Word do Windows
22. foi corrigida a navegação na listagem para o ecrã: a tecla <↑> conduz ao registo previamente listado, independentemente da ordem ou da selecção de registos que estiver em efeito.
23. acrescentada a possibilidade de o programa trabalhar numa janela de 50 linhas, de modo a permitir uma visão mais abrangente de registos com muitos códigos de diagnósticos e/ou procedimentos;
24. incluído nos ficheiros de distribuição do programa um texto de ajuda para configuração do programa auditor;



## 5. Convenções utilizadas neste manual e funcionamento das caixas de diálogo do programa

### Convenções

O nome dos campos das bases de dados aparece em *itálico* e **bold**: por exemplo, ***b\_date*** é um campo das tabelas de exportação do Integrador onde é registada a idade do doente.

O nome dos ficheiros ou tabelas aparece em MAIÚSCULAS e bold: por exemplo, **NDGW.DBF** é a tabela que contém os códigos, as descrições e outra informação relativa aos diagnósticos da ICD-9-CM.

O directório de instalação do programa é configurável; mas, para efeitos de simplicidade, e mesmo como situação proposta, em todos os locais em que ele é referido aparece:

C:\audit317\

As teclas a utilizar em determinado momento, ou numa dada opção são indicadas com os delimitadores “<” e “>”. Assim, por exemplo, a tecla do enter é representada como <ENTER>.

### Caixas de diálogo

Quando o programa apresenta ao utilizador uma questão e solicita uma resposta, mostra habitualmente as opções possíveis, por exemplo:



Quer parar em cada Registo [R], em cada Erro [E]  
... ou Não [N] quer parar na listagem [R/E/N]? --> R

Fig. 5.1 – Exemplo de uma caixa de diálogo solicitando resposta a uma pergunta.

em que a resposta terá de ser dada por uma das letras [R/E/N].

Para além de podermos carregar na tecla seleccionada, podemos fazer avançar a opção que aparece inicialmente (por defeito) através da barra de espaços, <SPACE>, que fará passar de R para E, de E para N e de novo de N para R. A selecção é confirmada através da tecla <ENTER>.

A eventual desistência da questão proposta deve ser demonstrada através da tecla <ESC>. O programa tentará interromper o processamento que estava a efectuar no momento, ou voltar atrás na série de questões que estava a apresentar. A orientação seguida dependerá da opção e do menu activo no momento.

Pode ser necessário pressionar outra vez a tecla de <ESC> se a resposta não for a esperada.



## 6. Instalação

O programa Auditor é distribuído num ficheiro ZIP que inclui os ficheiros e a estrutura de directórios necessários. Deve ser descompactado nos directórios propostos.

Posteriormente, e se desejado, o nome do directório de raiz pode ser modificado.

O principal cuidado a ter é a manutenção dos nomes no formato 8.3, ou seja, o máximo de oito caracteres para o nome e de três para o sufixo. É por este motivo que se propõe o directório \Audit317 para instalação desta versão.

A estrutura de directórios proposta é a seguinte:

<i>directório</i>	<i>informação</i>
C:\Audit317	directório de raiz; ficheiros gerais
C:\Audit317\Codifica	tabelas dos codificadores
C:\Audit317\Dicador	tabelas de indicadores, divididas por anos: C:\Audit317\Dicador\2000 C:\Audit317\Dicador\2001 C:\Audit317\Dicador\2002 C:\Audit317\Dicador\2003 etc. ...
C:\Audit317\Dicador\Servicos	tabelas dos Serviços
C:\Audit317\Dicador\EFRs	tabelas das Entidades Financeiras Responsáveis

Descrevem-se a seguir algumas notas para alguns sistemas operativos em uso actualmente.

### 1. **Windows NT**

### 2. **Windows 95 e Windows 98**

Nestas versões do Windows o programa Auditor funciona melhor com a configuração dum **atalho** (*shortcut*) no ambiente de trabalho (*desktop*) com as seguintes características:

- linha de comandos: C:\audit317\auditor.exe
- directório de trabalho: C:\audit317
- ficheiro de comandos: C:\audit317\audit317.bat

Este último ficheiro, **C:\audit317\audit317.bat**, pode ter um conteúdo como o seguinte:



```
SET impr=DESKJET
SET foxprocfg=C:\audit317\config.fp
SET temp=C:\temp
mode con codepage prepare=((850) C:\WINDOWS\COMMAND\ega.cpi)
mode con codepage select=850
keyb po,850,C:\WINDOWS\COMMAND\keyboard.sys
CHCP > %temp%\codepage.inf
```

O ficheiro de configuração **C:\audit317\config.fp** está documentado no Anexo 11.

O ficheiro **C:\config.sys** deverá incluir:

```
install=C:\WINDOWS\COMMAND\nlsfunc.exe
country=351,850,C:\WINDOWS\COMMAND\country.sys
device=C:\WINDOWS\COMMAND\display.sys con=(ega,850,1)
files=100
```

E o ficheiro **C:\autoexec.bat**:

```
mode con codepage prepare=((850) C:\WINDOWS\COMMAND\ega.cpi)
mode con codepage select=850
keyb po,850,C:\WINDOWS\COMMAND\keyboard.sys
SET TEMP=C:\temp
```

### 3. Windows 2000

### 4. Windows XP

Os ficheiros de configuração do Windows XP devem ser verificados, de modo a especificarem correctamente o ambiente para o funcionamento do FoxPro para DOS:

O ficheiro **C:\Windows\system32\config.NT** deverá incluir:

```
dos=high, umb
device=%SystemRoot%\system32\himem.sys
country=351,437,850,852,1250,1252,=%SystemRoot%\system32\country.sys
files=100
```

O ficheiro **C:\Windows\system32\autoexec.NT** deverá conter as linhas:

```
lh %SystemRoot%\system32\nlsfunc.exe
lh %SystemRoot%\system32\dosx
```





Deverá ser criado um atalho (ou *shortcut*) no ambiente de trabalho (*desktop*), apontando para um ficheiro de comandos (ou *batch*) que prepara o arranque do programa.

Propriedades do atalho que arranca o programa Auditor:

Destino:	C:\Audit317\audit317.BAT
Iniciar em :	C:\Audit317
Executar:	Janela normal
Tipo de letra:	10 x 18
Esquema:	
memória	80, 25
janela	80, 25

Conteúdo do ficheiro *batch* **Audit317.BAT**:

```
mode con codepage prepare=((850) C:\WINDOWS\system32\ega.cpi)
mode con codepage select=850
chcp 850
SET foxprocfg=C:\foxpro26\config.fp
SET temp=C:\temp
CHCP > %temp%\codepage.inf
C:\Audit317\auditor.exe
```

## 5. DOS 6.2

É o sistema operativo nativo do executável do programa Auditor distribuído pelo IGIF. Como sistema nativo não carece de qualquer cuidado especial.



## 7. Menu principal

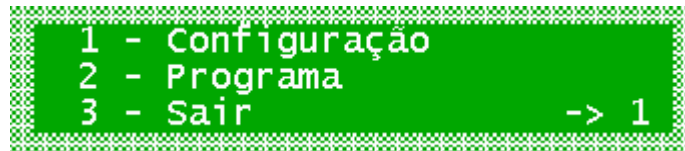


Fig. 7.1 – menu principal do programa Auditor

Quando se arranca com o programa Auditor, a seguir à imagem de entrada, aparece um pequeno menu, com três opções, o menu principal.

A sua finalidade é permitir, para além do lançamento das auditorias desejadas, configurar algumas modalidades de trabalho do programa.

Pode voltar-se sempre a este menu, de qualquer parte do programa, através da tecla de <ESC> (*escape*), ou no fim duma auditoria.

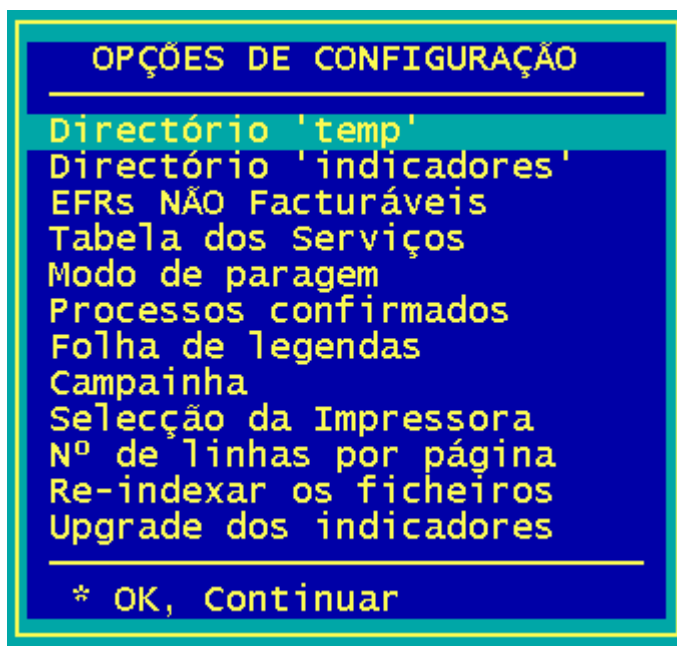
A opção **1, Configuração**, activa o menu **OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO**.

A opção **2, Programa**, permite executar uma auditoria, cujo objecto é um ficheiro seleccionado anteriormente, ou um outro ficheiro (ou, alternativamente, um conjunto de ficheiros dentro dum mesmo directório) a seleccionar.

A opção **3, Sair**, conduz ao encerramento da aplicação, e ao fecho da janela do programa Auditor.



## 8. Configuração



O menu das OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO, activado através da opção 1 do menu principal, permite estabelecer o modo de funcionamento do programa no que toca à localização de determinadas tabelas, ao registo de abreviaturas para Serviços e para EFRs, à definição da impressora e da paginação, etc.

Fig. 8.1 – menu OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO

### 8.1. Directório para ficheiros temporários

Durante o seu funcionamento o programa Auditor pode ter de criar vários ficheiros temporários (*temps*), eventualmente de grande dimensão. Este facto, que se desenrola sob o controlo do sistema de ficheiros e do sistema operativo do computador, acaba por ser transparente para o utilizador habitual. Mas, em alguns casos, pode ser conveniente aliviar uma *drive* (C:, por exemplo) já demasiado cheia, dirigindo os *temps* para outro lado. A caixa de diálogo seguinte, activada por esta opção, permite a identificação desse directório:

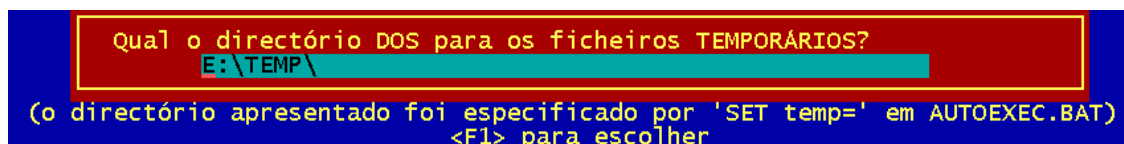


Fig. 8.2 – caixa de diálogo para especificação do directório para ficheiros temporários

A localização apresentada na abertura da caixa de diálogo (na Fig. 8.2, E:\temp\) é a correspondente à variável de ambiente **SET temp=**, do sistema operativo, se pré-definida (em **AUTOEXEC.BAT**, no atalho do programa Auditor, ou num ficheiro *batch*). O directório a especificar pode ser escrito na janela de diálogo, ou seleccionado através dum *popup* de navegação no sistema de ficheiros, que se activa através da tecla <F1>, e que ajuda na identificação visual do directório pretendido.

NB: esta opção apenas orienta a criação activa de ficheiros pelo programa Auditor. No entanto, o próprio FoxPro gera vários ficheiros **.TMP** na unidade lógica (*drive*) e no directório definidos no seu ficheiro de configuração, **CONFIG.FP**, e pela variável **SET TEMP=**

do sistema operativo. Para ter o controlo da localização destes ficheiros é necessário configurar o próprio FoxPro, criando e/ou editando o ficheiro **CONFIG.FP** no directório do programa Auditor (por exemplo, C:\audit317\CONFIG.FP), com a inclusão das seguintes linhas:

```
...  
EDITWORK=E:\TEMP\EDITWORK  
SORTWORK=E:\TEMP\SORTWORK  
PROGWORK=E:\TEMP\PROGWORK  
...
```

Fig. 8.3 – exemplo de configuração incluída em CONFIG.FP

Com este exemplo, os ficheiros temporários produzidos internamente pelo FoxPro, deixam de ser gravados em C:, e passam a ser criados em E:

Não devem orientar-se os ficheiros temporários para o próprio directório do programa Auditor: o programa acabará por dar erro ao tentar escrever numa file já existente e aberta por outra rotina.

Por outro lado, a nível do **atalho** criado para chamar o programa, pode referenciar-se um ficheiro *batch* onde se estabelece a localização dos ficheiros *temp* a nível da própria janela do Auditor. Ver a Secção 6, Instalação, e o Anexo 11, Ficheiro de configuração do FoxPro, para mais pormenores.

O *popup* para navegação no sistema de ficheiros, activado pela tecla <F1>, tem o aspecto da Fig. 8.3.

Os directórios aparecem identificados com parêntesis rectos (por exemplo, [SORTWORK]), e os directórios de raiz com [...]. Navega-se no sistema de ficheiros com as teclas das setas, <↑> e <↓>, e para entrar num directório faz-se <ENTER> ou <SPACE> em cima da respectiva linha.



Fig. 8.4 – Selecção, através de *popup* activado com <F1>, do directório para gravação dos ficheiros temporários

## 8.2. Directório para arquivo dos indicadores produzidos

Quando o programa Auditor termina uma auditoria no modo das estatísticas (alternativo ao modo das listagens) exhibe ou imprime um conjunto de indicadores: número de registos, número de erros, de mensagens e outros, que se podem arquivar para uso posterior. Uma das utilizações previstas é a comparação do resultado duma auditoria com o resultado doutra auditoria, previamente executada e arquivada: podem, assim, por exemplo, comparar-se os indicadores de anos diferentes.

Os ficheiros que arquivam estes indicadores estão descritos no Anexo 8, Tabelas utilizadas no programa Auditor. A sua localização deve ser bem estudada, de modo a estar acessível, por exemplo, numa rede de computadores, e num local que não se altere, mesmo quando se instala uma nova versão do programa.

Em instalações isoladas, a localização inicial dos indicadores é no subdirectório \Auditxxx\Dicador\9999\, em que xxx representa a versão (por exemplo, 317) e 9999 representa o ano a que se referem os dados (por exemplo, 2004).

Numa instalação em rede, uma localização aconselhada será, por exemplo, F:\Auditor\Dicador\2004

O directório \Dicador\ terá tantos subdirectórios quantos os anos de dados disponíveis no hospital: por exemplo, \2000, \2001, \2002, \2003, \2004.

A selecção da opção Directório 'indicadores' activa a seguinte caixa de diálogo:

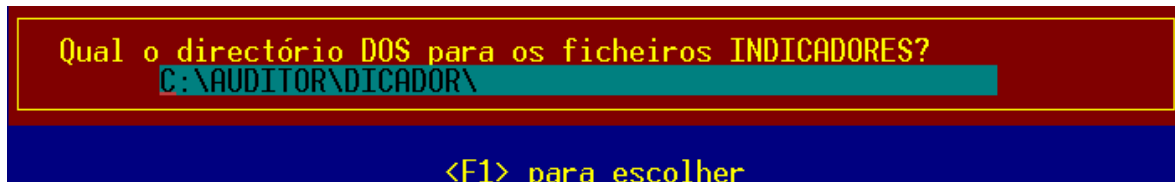


Fig. 8.5 – selecção do local de arquivo dos ficheiros de indicadores

A tecla <F1>, se necessária, activará um *popup* que conduzirá a especificação do directório dentro do sistema de ficheiros:



Fig. 8.6 – a utilização da tecla <F1> activou o *popup* de selecção de directórios, e a tecla <ENTER> em cima de C: abriu um outro *popup* para escolha da *drive* F:

### 8.3. Entidades Financeiras responsáveis (EFRs) não facturáveis

Cada registo dum episódio de internamento apresenta a sua EFR, arquivada no campo *fin\_resp*. Enquanto que 85 a 90% dos internamentos pertencem ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), os restantes 10 a 15% correspondem a EFRs facturáveis (ADSE, companhias de seguros, etc.). Estes processos devem ser codificados, agrupados e facturados a tempo, pois isso é do interesse do hospital. Pela mesma razão é mandatária a sua auditoria, de modo que se detectem e corrijam atempadamente quaisquer situações de não conformidade.

Com esta opção configura-se o programa Auditor definindo as entidades que não são facturáveis. As restantes podem então ser seleccionadas prioritariamente para auditoria.



A activação desta opção pressupõe uma selecção prévia do ficheiro a auditar. De outro modo será apresentada a mensagem:



**desculpe, seleccione primeiro  
o ficheiro a auditar <SPACE> para continuar**

Fig. 8.7 – Mensagem indicando a necessidade de seleccionar primeiro o ficheiro para auditoria antes de se poderem identificar as EFRs não facturáveis.

Será necessário voltar ao menu principal, correr a opção 2, Programa, seleccionar o ficheiro a auditar, regressar ao menu OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO e seleccionar Entidades Financeiras Responsáveis não facturáveis. Aparecerá então o ecrã ...

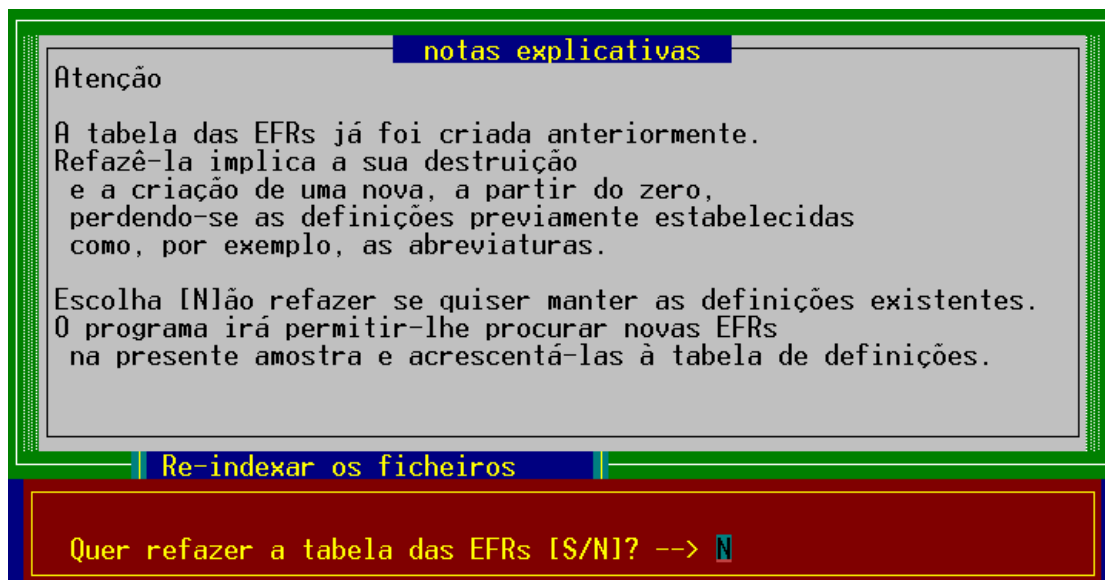


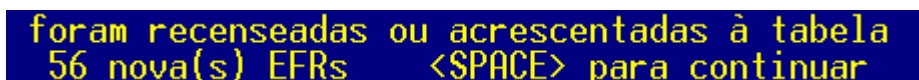
Fig. 8.8 – alerta para evitar a destruição inadvertida duma tabela de EFRs previamente preenchida.

ou as mensagens ...



**um momento,  
à procura dos códigos das EFRs...**

...



**foram recenseadas ou acrescentadas à tabela  
56 nova(s) EFRs <SPACE> para continuar**

Fig. 8.9 – mensagens que atestam a existência dum ficheiro de EFRs, previamente construído, e o recenseamento de novas EFRs, presentes no ficheiro em auditoria.

conforme exista previamente, ou não, uma tabela das EFRs do hospital em questão.

Para o preenchimento da tabela das EFRs deverá ser solicitada informação ao Serviço de Estatística, ao Serviço de Informática ou ao Serviço de Facturação. Numa listagem com o código e a descrição de cada EFR deverão ser assinaladas aqueles que não são facturáveis, como o SNS. É essa informação que será então registada no programa Auditor:

OPÇÃO	Fin_resp	Entid.Financ.	Respons.	abreviatura
Direct	910001	T		
Direct	910002	T		
EFRs N	910003	T		
Tabela	910004	T		
Modo d	910005	T		
Proces	910006	T		
Imprim	910007	T		
Folha	910008	T		
Campai	910009	T		
Selecc	910010	T		
Nº de				
Re-ind				

[N] ou [F] para NÃO facturável  
<CONTROL><END> para acabar      <ESCAPE> para desistir

Fig. 8.10 – ecrã de preenchimento das EFRs.

Para cada EFR, representada na coluna da esquerda pelo seu código (obtido do campo *fin\_resp* do ficheiro em auditoria) deverá ser assinalado com T (True) ou F (False), na coluna do meio, o possibilidade de ser ou não facturável. À partida, todas as linhas estão preenchidas com T, uma vez que são muito poucas as não facturáveis. Fica assim simplificada a tarefa de assinalar com F apenas as NÃO facturáveis.

Na coluna da direita é ainda possível registar uma abreviatura de cada EFR: “ADSE”, “SAMS”, “APDL”, “CTT”, etc. O Serviço de Facturação, ou o Serviço de Informática, deverão poder fornecer uma listagem com esta informação.

Para sair deste ecrã de registo, guardando as informações introduzidas, deverá fazer-se <CONTROL><END>.

Se não for assinalada nenhuma EFR como não facturável, e ao abandonar o ecrã de registo, surgirá a mensagem:

não marcou nenhuma entidade como NÃO facturável  
pelo que terá de listá-las todas!      <SPACE> para continuar

Fig. 8.11 – mensagem de alerta assinalando o facto de não se terem definido quaisquer entidades não facturáveis.

que chama a atenção para o facto de que não vai ser possível seleccionar registos facturáveis pois, à partida todos os registos o serão.

Na altura duma listagem do Auditor, sempre que uma EFR tenha uma abreviatura associada, é esta que é impressa. Caso contrário será impresso o código respectivo (938001, 950001, etc.).

#### 8.4. Tabela dos Serviços

Com a opção Tabela dos Serviços constrói-se ou actualiza-se uma tabela com a definição dos códigos e das abreviaturas dos Serviços de internamento de cada hospital. Da sua activação resulta o ecrã

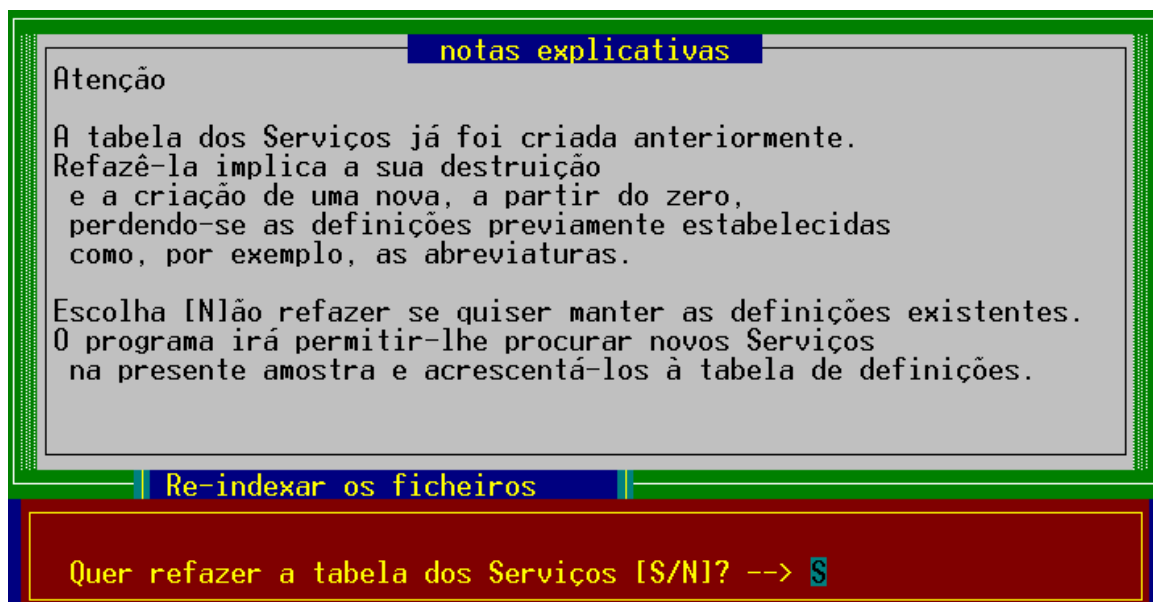


Fig. 8.12 – ecrã indicando a existência duma tabela de Serviços.

ou as mensagens

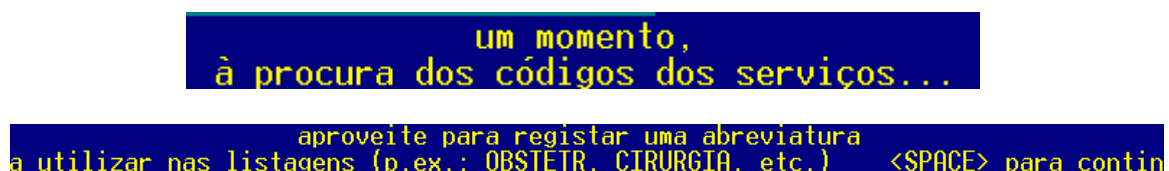
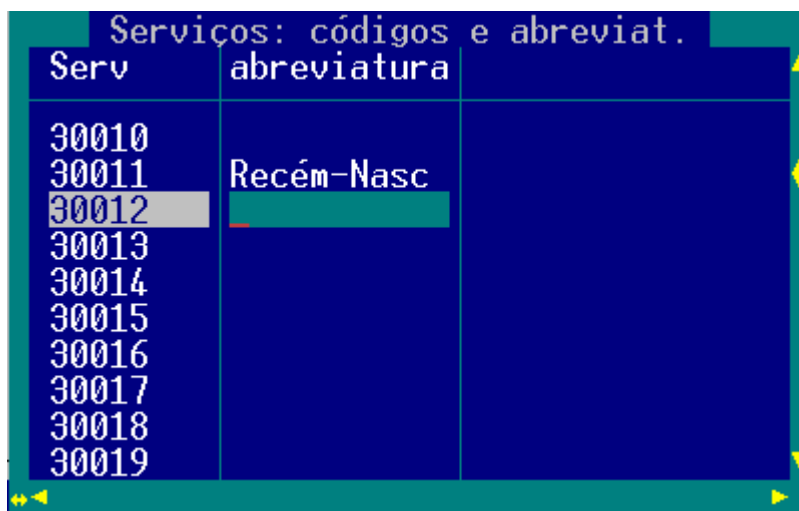


Fig. 8.13 – mensagens traduzindo o recenseamento de códigos de Serviços existentes num ficheiro em auditoria, e o convite ao preenchimento das abreviaturas respectivas.

conforme exista previamente, ou não, uma tabela de Serviços.

A tabela de Serviços, que fica arquivada no directório \Audit999\Dicador\Servicos\xxxx.DBF, em que 999 representa a versão do programa (por exemplo 317) e xxxx o *hosp\_id* do hospital (por exemplo OUTA). É utilizada para a impressão da abreviatura (ou nome) do Serviço nas listagens, em vez dum código numérico (30011, 30012, 30030..., arquivado nos campos *serv1*, *serv2*... *serv19*) que não permite adivinhar a especialidade do Serviço representado. O preenchimento da tabela, representado na figura seguinte,



Serv	abreviatura
30010	
30011	Recém-Nasc
30012	
30013	
30014	
30015	
30016	
30017	
30018	
30019	

Fig. 8.14 – preenchimento das abreviaturas na tabela dos Serviços

é feito escrevendo na coluna da direita, o nome, ou uma abreviatura, correspondente a cada código apresentado na coluna da esquerda.

Deve ser consultado o Serviço de Estatística ou o Serviço de Informática do hospital, para o fornecimento duma listagem dos Serviços existentes, uma vez que o preenchimento desta informação é feito pelos Secretariados da admissão dos doentes na aplicação SONHO.

Uma vez preenchida a tabela dos Serviços, ela será conservada pelo programa Auditor. Só será actualizada se se executar a opção **Tabela dos Serviços** do menu **OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO**. O programa chamará a atenção para a sua existência, impedindo a sua destruição inadvertida, e proporá o recenseamento e novos Serviços. Esta funcionalidade consiste em verificar se todos os códigos de Serviços presentes num determinado ficheiro em auditoria têm uma correspondente entrada na tabela; em caso negativo, serão acrescentados, com a abreviatura em branco, e o utilizador será então solicitado para o seu preenchimento.

### 8.5. Modo de paragem durante as listagens

Sempre que se pede uma listagem para o ecrã, o programa Auditor deverá parar no fim de cada registo, no fim de cada ecrã cheio, ou, opcionalmente, apenas nos registos com erros (escolhidos ou não).

Se se pedir uma listagem para a impressora ou para um ficheiro de texto, o programa não parará sem que a tenha terminado. No entanto, é sempre possível premir a tecla <ESCAPE> para interromper uma listagem em curso.

Esta opção é configurável através da opção **Modo de paragem** do menu **OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO**. Da sua activação resulta a pergunta:

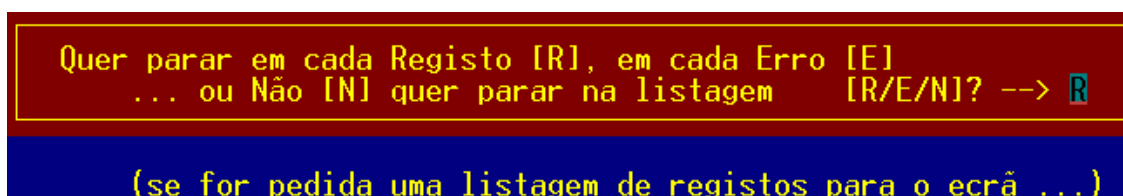


Fig. 8.15 – janela de diálogo inicial para a configuração do modo de paragem

Parar em cada registo significa listar os registos um a um, permitindo a sua análise demorada no ecrã, até que se prima uma tecla, o que determina o avanço para o registo seguinte. Se o registo inteiro não couber num ecrã (25 linhas), o programa não avança, mas espera por uma tecla para poder mostrar a parte restante (ou a parte seguinte, se o registo se vier a estender por vários ecrãs).

Parar em cada erro significa listar os registos sem interrupção até que surja um deles com uma mensagem ou erro seleccionados.

Não parar implica produzir uma listagem completa do primeiro ao último registo, se entretanto não for premida a tecla <ESCAPE>.

## 8.6 Processos confirmados

Os episódios de internamento que originam mensagens do programa Auditor podem não ter qualquer erro ou não conformidade. Ou seja, nem todas as mensagens do Auditor exigem correcção. Muitas são apenas alertas que exigem atenção e validação.

O médico auditor verifica os respectivos registos e, se necessário, os processos clínicos e confirma a mensagem. Esta confirmação pode então ser arquivada, de modo estar acessível em auditorias posteriores em que o registo desse episódio seja, de novo, incluído num ficheiro de auditoria.

Basta registar o número do episódio de internamento e o índice da mensagem ou mensagens validadas, para que essa informação seja apresentada com o registo quando este vier a constar numa listagem ou auditoria.

Esta funcionalidade é de tal modo importante que constitui o objecto da secção 9 deste manual.

## 8.7 Impressão do índice das mensagens

Cada uma das mensagens do programa Auditor está agora associada a um número índice, com o qual ela pode ser referida e codificada, quando se tratar da sua listagem, classificação e arquivo.

E é com esta opção, **Imprimir index das mensagens**, do menu das **OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO**, que se estabelece a impressão ou não do índice, à frente de cada mensagem.

A principal utilidade será o registo de confirmação das mensagens, pois, além de registrar o número do episódio que foi revisto e confirmado, é necessário registar o código da mensagem confirmada: precisamente este índice.

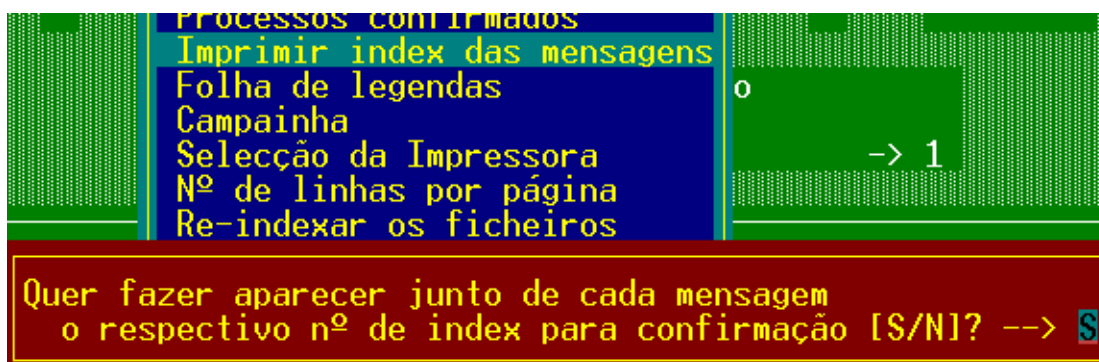


Fig. 8.16 – caixa de diálogo da opção de configuração da impressão do índice das mensagens do programa Auditor

Sendo activada a impressão do index, uma listagem surgirá como se segue:

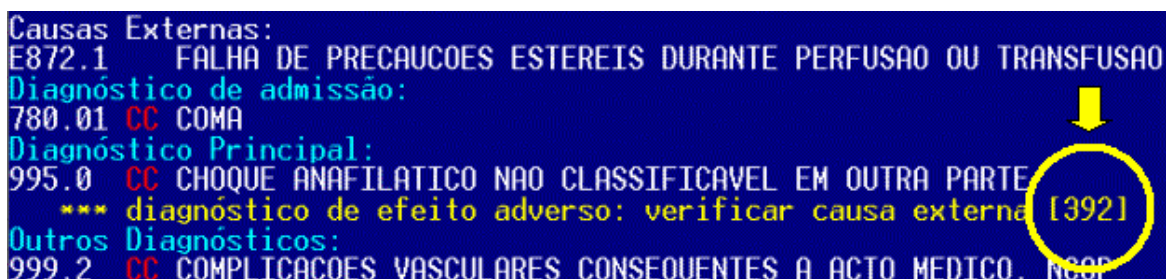


Fig. 8.17 – exemplo de listagem com impressão do índice das mensagens.

Esta opção fica memorizada e será aplicada a todas as listagens de auditoria, até que se configure de outro modo (não imprimir o índice).

## 8.8 Folha de legendas

Cada uma das duas variantes das estatísticas do programa Auditor (ver no Anexo 12) termina com uma página de legendas.

Enquanto que numa listagem isolada é útil ter à mão a definição das legendas utilizadas, especialmente quando se destina a um utilizador não habituado à sua leitura, na emissão de estatísticas repetidas pode ser desejável dispensar a sua impressão, poupando assim papel.

É precisamente com essa finalidade que se dispõe da opção Folha de legendas no menu OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO:

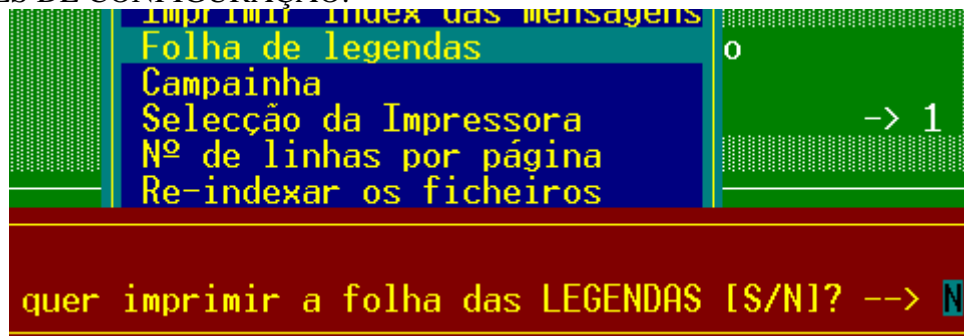


Fig. 8.18 – opção de definir a emissão ou não da folhas das legendas nas estatísticas do programa.

Esta opção ficará memorizada e será aplicada a todas as listagens de auditoria, até que se configure de outro modo (não imprimir a folha das legendas).

## 8.9 Campainha

É possível ouvir um toque de campainha cada vez que o programa Auditor emite uma mensagem de erro ou alerta.

Mas se num ficheiro que origine poucas mensagens possa ser útil ouvir a campainha, para que não se deixe passar despercebida nenhuma mensagem, num ficheiro com muitas mensagens isso pode tornar-se incomodativo.

Pode desejar-se, por isso, inibir esta funcionalidade:

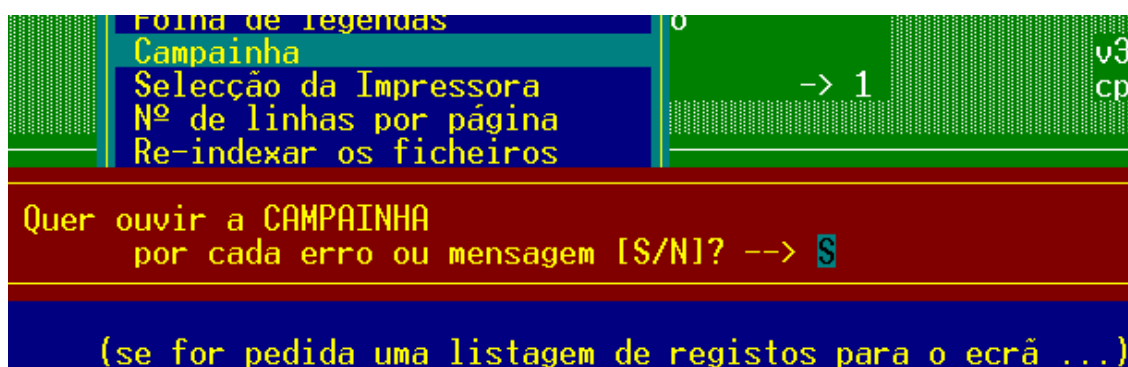


Fig. 8.19 – caixa de diálogo da opção que define o toque da campainha por cada erro ou mensagem encontrada.

## 8.10 Seleccção da impressora

As capacidades de controlo da impressora dentro deste programa baseado em DOS não são grandes. É necessário, no entanto, ter um mínimo de capacidade de configuração, uma vez



que o programa utiliza alguns comandos, através de sequências de controlo, como para imprimir em **bold**, em *itálico*, ou em condensado.

Os tipos de impressora suportados são as laser, as deskjet (jacto de tinta) e as de matriz de pontos (agulhas). As sequências de controlo utilizadas baseiam-se em PCL-5 (para as laser e as deskjet) e ESC/P (para as impressoras de agulhas).

Enquanto que o programa tenta configurar-se para enviar as convenientes sequências de controlo para a impressora, a captura desta não é realizada de dentro do programa Auditor. O atalho do programa deve conter os comandos necessários à captura dum eventual servidor de impressão, impressora ou fila de impressão (*queue*). O programa respeitará essa captura enviando todo o *output* para o destino *default* da janela do programa. Ver na secção 6, Instalação, os comandos necessários à captura da impressora.

### 8.11 Número de linhas por página

Para acertar a paginação em diferentes impressoras, pode modificar-se o número de linhas por página. Desse modo, ao fim do número de linhas pré-definido, o programa avança para uma página diferente.

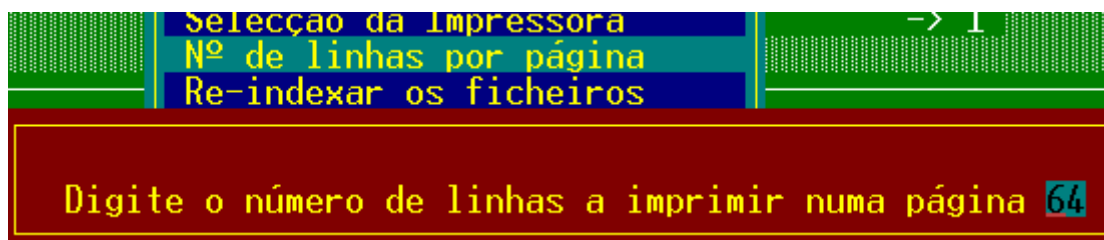


Fig. 8.20 – caixa de diálogo para especificação do número de linhas por página

Um número de linhas demasiado alto deixará ficar no cimo duma página as linhas que sobraram da página anterior, e avançará para uma nova página, desperdiçando espaço. Um número de linhas insuficiente levará ao avanço de página enquanto havia ainda espaço de impressão.

O programa começa, por defeito, com 64 linhas por página.

### 8.12 Número de linhas por ecrã



Com esta opção é agora possível visualizar uma listagem que inclui numa mesma janela um maior conjunto de linhas dum mesmo registo. Deste modo reduz-se a necessidade de andar para trás e para a frente quando se visualiza um registo com mais códigos de diagnósticos e / ou procedimentos.

Para activar esta funcionalidade, e para um ecrã de 50 linhas, há que configurar o seguinte:

1. Ficheiro de configuração do FoxPro – CONFIG.FP: deve incluir uma linha especificando VGA=50;
2. configuração do atalho que permite o arranque do programa: deve definir um esquema de largura=80 e altura=50 tanto para o tamanho da memória intermédia do ecrã como para o tamanho da janela. No painel de controlo clicar com o botão da direita do rato em cima do atalho do Auditor; seleccionar “Propriedades”; seleccionar “Esquema”; especificar Largura: 80 e Altura: 50 no tamanho da memória intermédia do ecrã, e no tamanho da janela; fazer Ok ou aplicar; responder para aplicar estas especificações ao atalho que abriu a janela;

```
*** internamento prolonga
# 19 - Nº Dte.: 99272390 -
Nasc. 21/05/1966 Sexo Masc
Intern. 19/11/2004 - Serv 36
Transf. 21/11/2004 - Serv
Alta 21/04/2005 153 dia
*** internamento acima de
Diagnóstico de admissão = D3
577.0 PANCREATITE AGUDA
Outros Diagnósticos:
574.61 CO LITIASE DA VESICUL
577.2 CO CISTO E PSEUDO-CIS
998.6 CO FISTULA POS-OPERAT
E878.6 REACCAO ANORMAL A
280.0 CO ANEMIA POR DEFICIE
584.9 CO INSUFICIENCIA PULM
518.5 CO INSUFICIENCIA PULM
784.7 EPISTAXIS
567.2 CO PERITONITE SUPURAT
041.19 INFECCAO POR ESTAF
041.4 INFECCAO POR ESCHE
038.11 CO SEPTICEMIA POR EST
038.19 CO SEPTICEMIA ESTOPI
038.49 CO SEPTICEMIAS NCOP D
Procedimentos: data da 1ª c
52.3 DO MARSUPIALIZACAO DE
52.22 DO EXCISAO/DESTRUCAO
54.12 DO REABERTURA DO LOCA
80.01 TOMOGRAFIA AXIAL C
54.91 PARACENTESE ABDOMI
87.62 SERIOGRAFIA GASTRO
88.72 ULTRASSONOGRAFIA D
88.76 ULTRASSONOGRAFIA D
39.95 HEMODIALISE
96.04 INSERCAO DE TUBO E
96.72 VENTILACAO MECANIC
45.13 ENDOSCOPIA DO INTE
96.6 INFUSAO ENTERAL DE
57.94 INSERCAO DE CATETE
99.24 INJECCAO DE HORMON
93.11 EXERCICIOS ASSISTID
91.79 EXAME MICROSCOPICO
91.33 EX.MIC.BEXIG.URETR
90.53 EXAME MICROSCOPICO
91.73 EX.MICR. DE AMOSTR
Agrupamento: <Cod. 39228>
GCD16 7 Doenças e perturba
GDH16 191 Interv. pancreatid
```

Fig. 8.xx

3. ainda nas propriedades no atalho do programa Auditor dever-se-á seleccionar Tipo de letra e escolher um tamanho que permita que a janela de 50 linhas caiba no ecrã: um tamanho de letra muito grande (por exemplo, 10 x 18) poderá fazer com que a janela seja grande demais; um tamanho muito pequeno tornará as letras pouco legíveis.

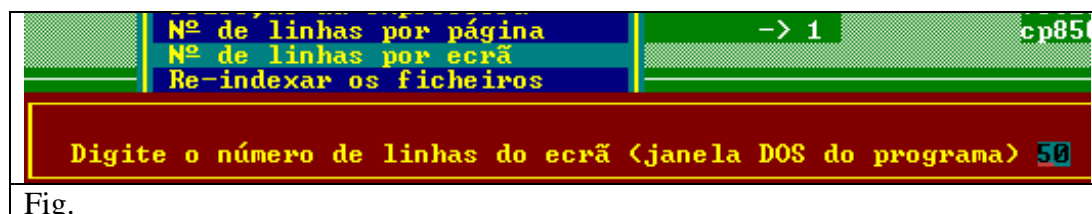


Fig.

4. Por fim, entrando no programa Auditor, seleccionar, no menu principal, 1 – Configuração, e, depois a opção N.º de linhas por ecrã e, aí, escrever 50

Em qualquer altura, para voltar a uma janela de 25 linhas, devem retirar-se estas configurações: em CONFIG.FP colocar VGA=25; nas propriedades da janela do atalho escolher tamanhos de 80x25; e no menu de configuração do Auditor 25 linhas por ecrã.

### 8.13 Re-indexação dos ficheiros

As bases de dados do programa Auditor comportam dois tipos de ficheiros: um **.DBF**, com os dados, e outro **.CDX**, com os índices. São os índices que permitem otimizar o acesso aos dados, tornando o funcionamento do programa muito mais rápido.

Sempre que se faz a instalação duma nova versão, é mandatório re-indexar as tabelas de dados.

Um ficheiro de índice corrompido originará erros de funcionamento. Nestes casos, será também útil proceder à re-indexação das tabelas.

A caixa de diálogo, aberta com a activação desta opção dará conta das tabelas que vão sendo indexadas:



Fig. 8.21 – caixa de diálogo dando *feedback* da re-indexação dos ficheiros.

### 8.13 Upgrade dos indicadores

Esta é a última opção do menu **OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO**. Com ela actualizam-se arquivos de indicadores produzidos com versões anteriores do programa Auditor.

Os arquivos de indicadores guardam os resultados estatísticos de auditorias efectuadas anteriormente.

Ver no ponto .... a descrição da funcionalidade de comparação de indicadores.

Com cada nova versão do programa Auditor são acrescentados indicadores estatísticos correspondentes às novas mensagens, alertas ou erros. O ficheiro modelo utilizado na criação destes arquivos é a tabela GDINDIC.DBF (ver Anexo 8).

Para que seja possível comparar indicadores entre duas auditorias diferentes, é necessário que o arquivo anterior, chamado para termo de comparação, seja compatível com o modelo mais recente. É essa compatibilização que é conseguida através desta opção.

É necessário que esteja configurada a localização dos ficheiros indicadores. (ver, mais acima, o ponto **8.2. Directório para arquivo dos indicadores produzidos**).

Os ficheiros existentes são listados, à medida que vão sendo actualizados:

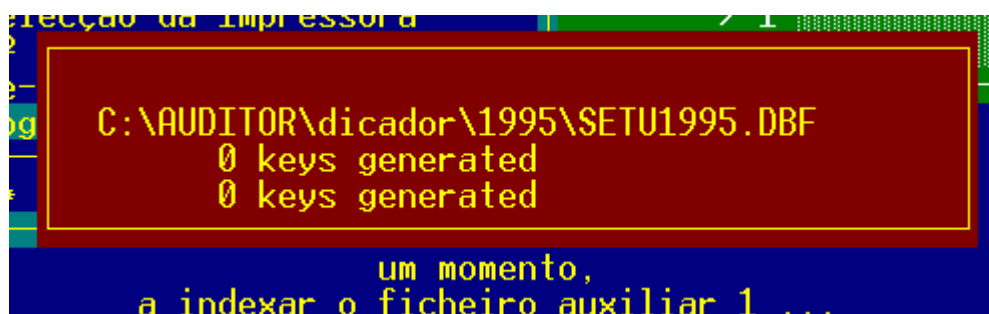


Fig. 8.22 – caixa de diálogo informando da actualização de indicadores previamente armazenados.



## 9. Processos confirmados

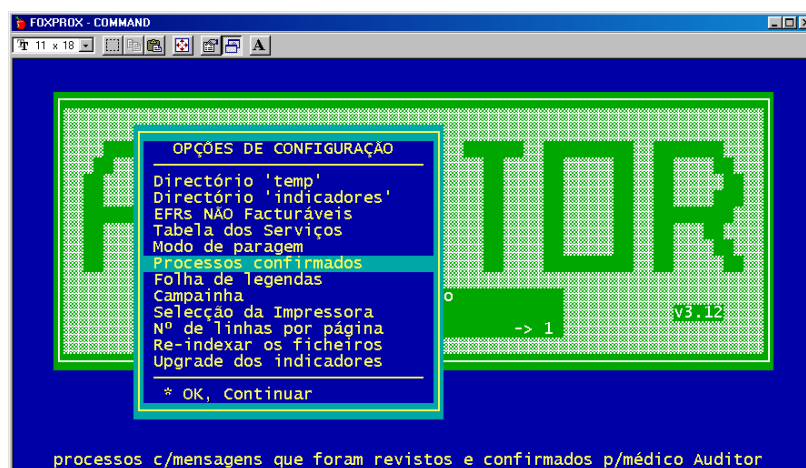


Fig. 9.1 – selecção da opção Processos confirmados

As mensagens emitidas pelo programa Auditor são, essencialmente, alertas, como é o caso de um "**procedimento no bloco sem nenhum diagnóstico relacionado [805]**".

Como alertas que são devem merecer a atenção do médico Auditor e levar à correcção, por exemplo, dum erro de recolha, ou devem ser validadas se corresponderem a situações reais correctamente codificadas.

O programa Auditor apresenta a opção de confirmação de mensagens, que permite que, quando um registo com alertas for validado e confirmado pelo Médico Auditor, e vier de novo a ser auditado ou impresso, seja apresentada a informação da sua validação:

**"confirmada a mensagem: procedimento no bloco sem nenhum diagnóstico relacionado".**

Para o registo de mensagens confirmadas deve utilizar-se a opção "**Processos confirmados**" do menu "OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO".

Esta opção configura-se definindo a localização da tabela de registo:

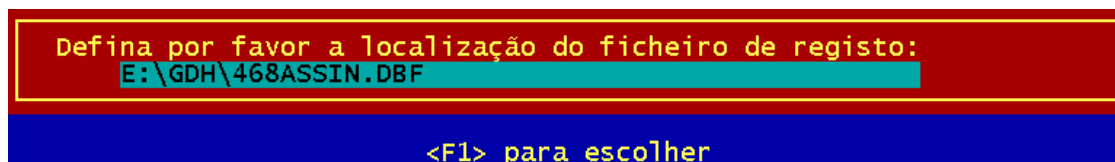


Fig. 9.2 – caixa de diálogo para definição da localização do ficheiro de registo dos processos confirmados.

a sua localização pode ser definida para qualquer *drive* e directório, inclusive de rede, de modo a ser partilhada por mais do que um posto de trabalho. A ajuda, fornecida através da tecla <F1>, permite navegar no sistema de ficheiros e localizar uma tabela preexistente, a qual, neste caso, deverá obedecer às definições do programa (ver Anexo 8). A não existência de alguma tabela já existente, leva à utilização do ficheiro normalizado fornecido com o ZIP e no directório de instalação, que será, por exemplo, C:\audit317\468ASSIN.DBF.

De seguida é solicitado ao utilizador que defina se devem ser impressos os registos com mensagens confirmadas:

Quer listar/imprimir os registos  
já revistos e confirmados pelo Médico Auditor [S/N]? --> S

Fig. 9.3 – pergunta que permite configurar a impressão ou não dos registos que têm mensagens confirmadas.

o que permite omitir das listagens os processos já confirmados, quando isso for desejado. Assim, o seguinte registo que apresenta um diagnóstico principal de sintoma (dor

```
Diagnóstico de admissão:
789.00 DOR ABDOMINAL, LOCAL NAO ESPECIFICADO
Diagnóstico Principal:
789.03 DOR ABDOMINAL, QUADRANTE INFERIOR DIREITO
*** sintoma como diagnóstico principal [868]
Outros Diagnósticos:
787.03 VOMITOS APENAS
Procedimentos:
99.18 INJECCAO OU INFUSAO DE ELECTROLITOS
90.59 EXAME MICROSCOPICO NCOP DO SANGUE
88.76 ULTRASSONOGRAFIA DIAGNOSTICA DO ABDOMEN E RETROPERITONEU
Agrupamento: Cod. A 06/06/02, Intr. 23 06/06/02, Aud. M 06/06/02
Arg. 18/06/02
GCD16 6 Doenças e perturbações do Aparelho Digestivo
GDH16 184 Esofagite/Gastrenterite/perturbações digestivas diversas, Id
*** confirmada a mensagem: sintoma como diagnóstico principal
```

Fig. 9.4 – registo com mensagem confirmada

abdominal) e que foi confirmado como sendo verdadeiro (não teve nenhum diagnóstico especificado) só voltará a ser listado se esta opção o permitir.

O programa apresenta a seguir a possibilidade de serem registados números de episódios de internamento com mensagens confirmadas,



Fig. 9.5 – caixa de diálogo perguntando pelo registo imediato de números de episódio com mensagens a confirmar.

o que nos conduz ao ecrã

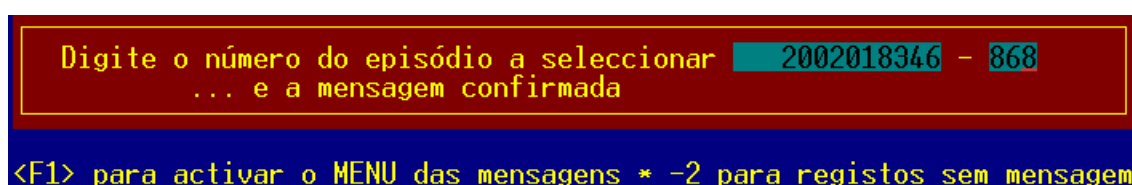


Fig. 9.6 – recolha dum número de episódio e do índice da mensagem que nele foi confirmada.

que nos permite registar o número do episódio e, depois, o número da mensagem. Rapidamente aprenderemos os números das mensagens mais comumente confirmadas; mas se for necessária ajuda, bastará premir a tecla <F1>, a qual activará o menu das mensagens do Auditor:

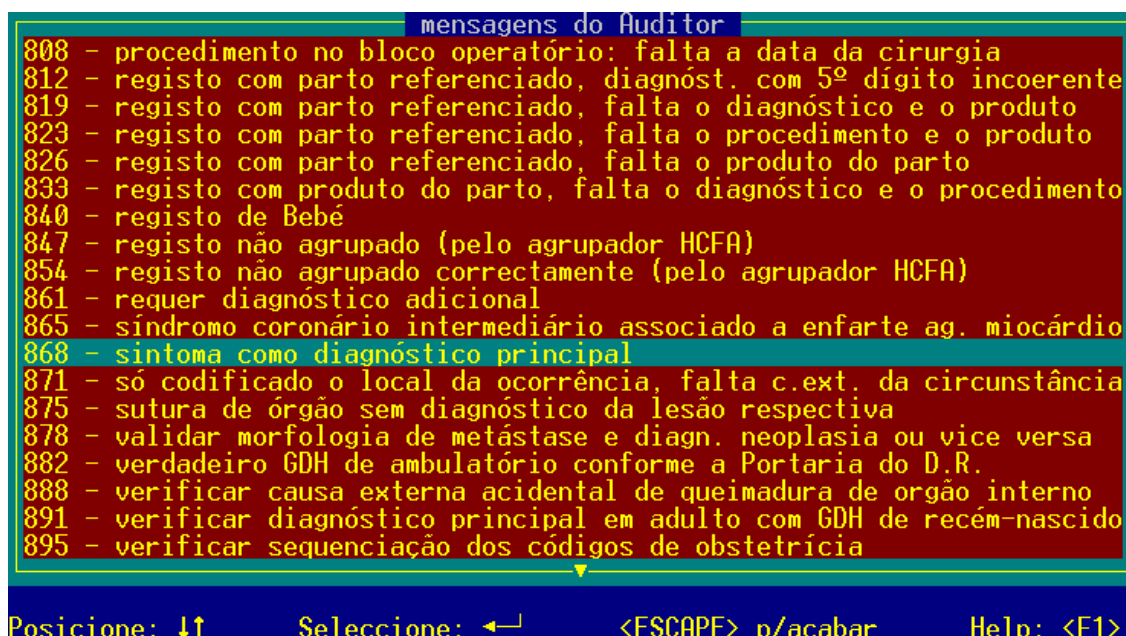
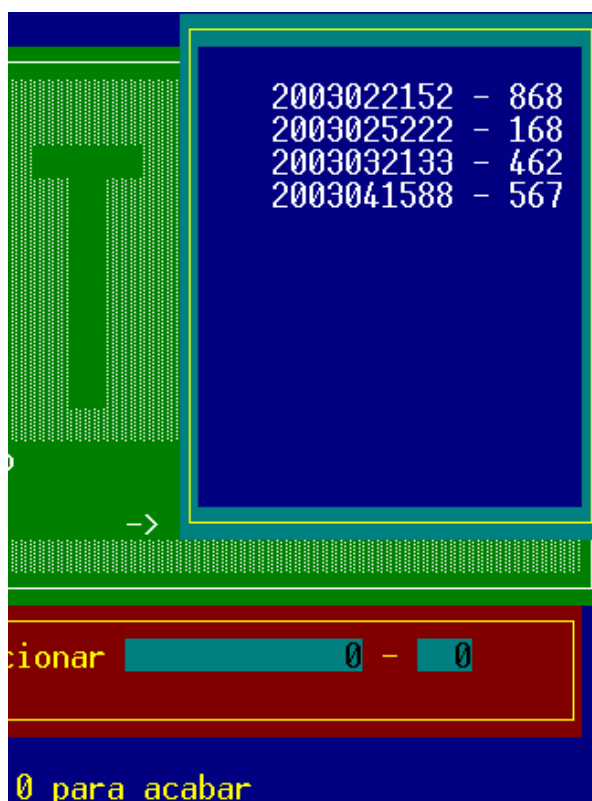


Fig. 9.7 – Menu das mensagens do Auditor para selecção do número de índice duma mensagem a confirmar.

e, com <ENTER>, selecciona-se a mensagem a confirmar.



O programa confirma a aceitação afixando o número do episódio e o número da mensagem, e fica à espera de novo registo. Fazendo <ENTER> com a caixa preenchida com 0 (zero) encerra-se o ciclo e regressa-se ao menu de configuração.

São entradas válidas:

xxx para mensagens do Auditor;

–2 para assinalar registos particulares que foram confirmados sem terem nenhuma mensagem;

0 para acabar

(–1 é utilizado na confirmação em bloco)

Fig. 9.8 – afixação no ecrã dos processos confirmados à medida que são introduzidos

Configurando a opção de impressão dos índices das mensagens nas listagens do Auditor, tem-se disponível o número de código (índice) de cada mensagem a confirmar, pelo que não é necessário premir <F1> para activar o menu das mensagens, e se poupa tempo na confirmação.

Os registos que configuram situações especiais sem merecer qualquer mensagem do Programa Auditor também se podem confirmar com –2. Esta confirmação lembrará que o registo foi visto e que está bem codificado.

Uma última funcionalidade desta opção é a Confirmação em bloco, com a qual se podem registar todos os registos presentes num determinado ficheiro de auditoria como tendo sido “confirmados”.

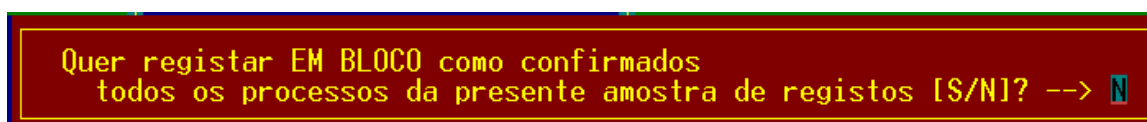


Fig. 9.9 – opção de confirmação em bloco dum ficheiro inteiro.

Como esta opção é demasiado drástica, é dada uma explicação e solicitada uma reconfirmação da funcionalidade solicitada:



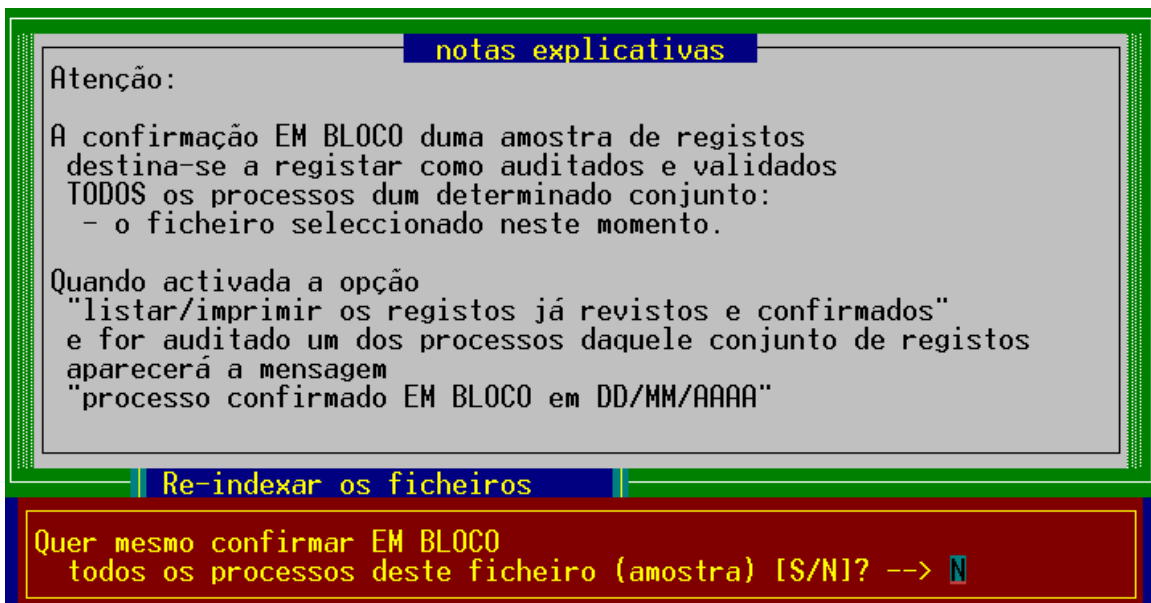


Fig. 9.10 – notas explicativas relativas à confirmação em bloco de todos episódios de internamento dum ficheiro.

E, em caso afirmativo, todos os episódios são registados no ficheiro de confirmação com a mensagem:

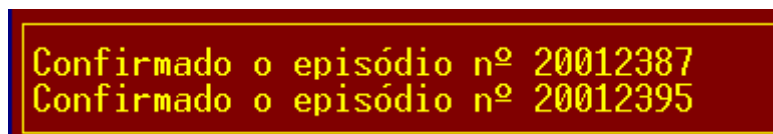


Fig. 9.11 – afixação dos números de episódio confirmados em bloco, à medida que vão sendo registados

E, da próxima vez que forem listados, será evidente a informação:

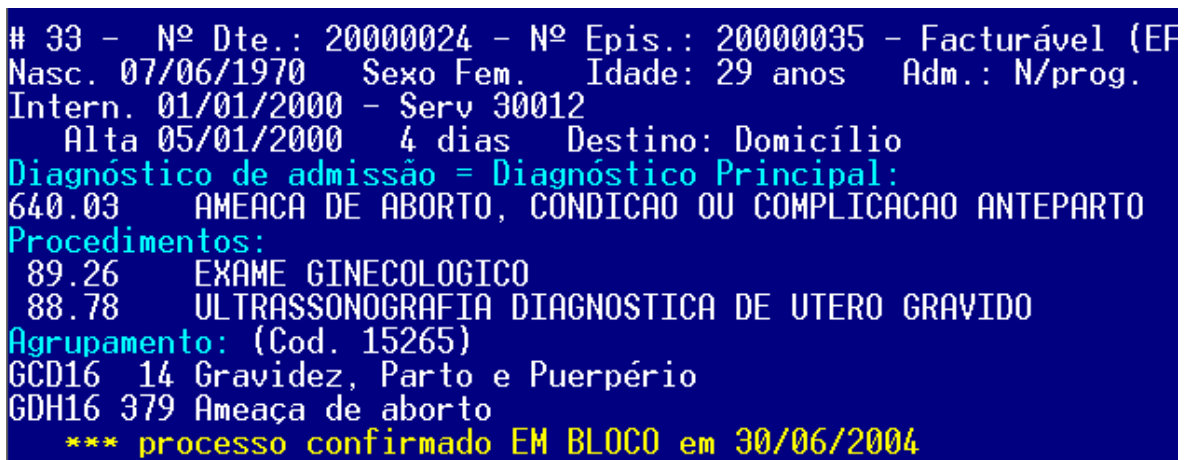


Fig. 9.12 – registo com mensagem de confirmação em bloco

Nota importante:

Uma vez que se pressupõe o uso do programa Auditor em cada hospital para análise dos seus ficheiros, a tabela dos processos confirmados, depois de definida, é utilizada permanentemente, até que seja feita uma reconfiguração da sua localização.

Assim, se por qualquer razão for seleccionado um ficheiro de outro hospital (identificado pelo campo ***hosp\_id***) continuará configurada a tabela de processos confirmados anteriormente definida, o que conduzirá a trocas de informação. Quando isto acontecer será importante assinalar uma nova tabela de processos confirmados.

## 10. Seleção do ficheiro ou ficheiros a auditar

Os ficheiros passíveis de auditoria por este programa são tabelas .DBF que contenham um número mínimo de variáveis, aqui indicadas: *age, sex, dsp, ddx1, ddx2, ddx3, ddx4, ddx5, srg1, srg2, srg3, srg4, srg5, mdc, drg, b\_date, ent1* e *saidlast*.

Ver, no **Anexo 7**, a descrição destas e de outras variáveis do ficheiros a auditar.

Quando do programa é executado pela primeira vez, começa por tentar localizar um ficheiro para auditoria. São verificadas primeiro as antigas localizações do LDRG: C:\LDRG5\LDRG.DBF (versão 5), C:\LDRG4\LDRG.DBF (versão 4) e C:\LDRG3\LDRG.DBF (versão 3).

E, não sendo encontrado nenhum desses ficheiros surge a pergunta:

```
desculpe, não consigo encontrar o ficheiro dos GDHs
no directório C:\LDRGn: queira indicar a sua localização! <SPACE> para contin
```

Fig. 10.1 – indicação do programa para que seja localizado o ficheiro a auditar.

O utilizador é então convidado a indicar um ficheiro para auditoria, utilizando um *popup* com o sistema de selecção de directórios (comum a outras partes do programa):

No rectângulo superior encontra-se a *drive* lógica (neste caso, C:) e o directório (neste caso C:\) correntes.

No rectângulo inferior são apresentados os subdirectórios do directório assinalado.

As teclas do cursor permitem passar do rectângulo superior para o inferior e vice-versa.

Activando com <ENTER> a linha do cursor (salientada a azul) entra-se no subdirectório indicado.

E seleccionando a linha que representa o directório imediatamente acima (assinalado com \ ), sobe-se um nível no sistema de directórios.

A activação da linha da *drive* lógica (C:) activa o rectângulo da direita, o qual apresenta todas as *drives* disponíveis (neste caso, A:, C:, D:, E:, F:, G: e H:).

A selecção termina com a activação duma linha que corresponda a um ficheiro .DBF, a base de dados utilizável pelo programa Auditor.

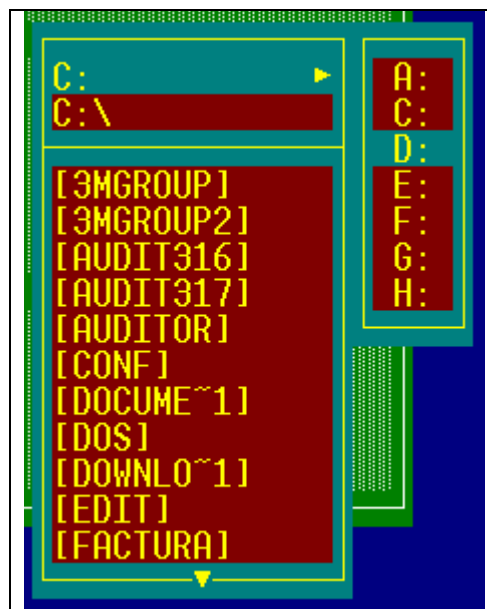


Fig. 10.2 – sistema de directórios destinado à selecção dum ficheiro.

Após a sua selecção, o ficheiro é investigado para que seja verificada a sua integridade e a compatibilidade com o programa Auditor.

A selecção dum ficheiro .DBF duma versão posterior (do visual FoxPro 6, por exemplo) originará a mensagem:



Fig. 10.3 – mensagem resultante da selecção dum ficheiro .DBF duma versão posterior do FoxPro.

Este ficheiro só poderá ser utilizado depois de convertido para uma versão anterior (do FoxPro 2.x para DOS, ou do DBASE 3 ou 4).

O ficheiro só será considerado válido se contiver o número mínimo de campos: *age*, *sex*, *dsp*, *ddx1*, *ddx2*, *ddx3*, *ddx4*, *ddx5*, *srg1*, *srg2*, *srg3*, *srg4*, *srg5*, *mdc*, *drg*, *b\_date*, *ent1* e *saidlast*. Caso falte algum desses campos será emitida a mensagem:

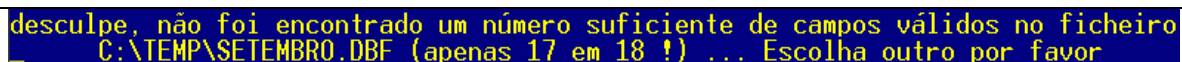


Fig. 10.4 – mensagem indicando a falta de campos essenciais no ficheiro indicado para objecto de auditoria.

Para além do teste do número mínimo de campos necessários, é ainda verificada a presença de campos que, historicamente, apareceram nas sucessivas versões do LDRG e do Integrador de GDHs. É deste modo que o programa se adequa internamente, de modo a auditar apenas os campos existentes e a ignorar os inexistentes. Eis alguns exemplos:

1. *adm\_diag* (diagnóstico de admissão): a partir da versão 3;
2. *causad1* – *causad20* (códigos de causa externa): existentes no Integrador;
3. *ddx6* (sexto código de diagnóstico): a partir da versão 3;
4. *ddx8* – *ddx20* (ou *ddx30*) (códigos de diagnóstico): existentes no Integrador;
5. *drg10* e *mdc10* (GDH e GCD do agrupador 10): existentes apenas no IGIF;
6. *dsp\_outr* (outros destinos após a alta): apareceu pela primeira vez na versão 4;
7. *drg\_priv* e *mdc\_priv* (GDH e GCD do agrupamento para facturação): existentes nos hospitais a partir da versão 5, e inexistentes no IGIF;
8. *dsp\_gdh* (código do destino após a alta para efeito de agrupamento): existente no Integrador;
9. *ent5* – *ent19* (datas de transferência para outros serviços): existentes no Integrador;
10. *interv\_cir* (data da primeira intervenção cirúrgica): existente no Integrador;
11. *medcod* (número da OM do médico codificador): existente no Integrador;
12. *morf\_tum* (morfologia tumoral): existente no Integrador;
13. *mot\_transf* (motivo de transferência para outro hospital): existente no Integrador;
14. *num\_episod* (número de episódio de internamento): assinala a versão 6;
15. *pre\_op* (número de dias de pré-operatório): existente no Integrador;

16. *reside* (residência): assinala a versão 5;
17. *said5* – *said20* (datas de saída por transferência entre serviços): existentes no Integrador;
18. *serv4* (4º serviço de transferência): a partir da versão 3;
19. *serv5* – *serv19* (serviços de transferência): existentes no Integrador;
20. *srg5* (existe desde a versão 3; ausente da versão 2);
21. *srg8* – *srg20* (ou *srg30*) (códigos de procedimento): existentes no Integrador;

A seguir a este teste de validação do ficheiro a auditar o programa Auditor faz uma estatística sumária do seu conteúdo. Ver na **Secção 11, Estatísticas sumárias do ficheiro a auditar**.

De cada vez que é utilizado um ficheiro de auditoria, e o programa termina normalmente, o nome e a localização do ficheiro auditado é guardado, e serão apresentados quando o programa for de novo executado:

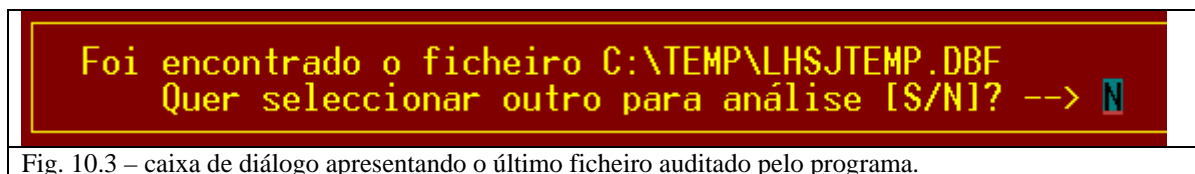


Fig. 10.3 – caixa de diálogo apresentando o último ficheiro auditado pelo programa.



## 11. Estatísticas sumárias do ficheiro a auditar

Após a selecção dum ficheiro a auditar o programa percorre-o determinando alguns indicadores que serão afixados num ecrã de estatísticas sumárias juntamente com outras informações.

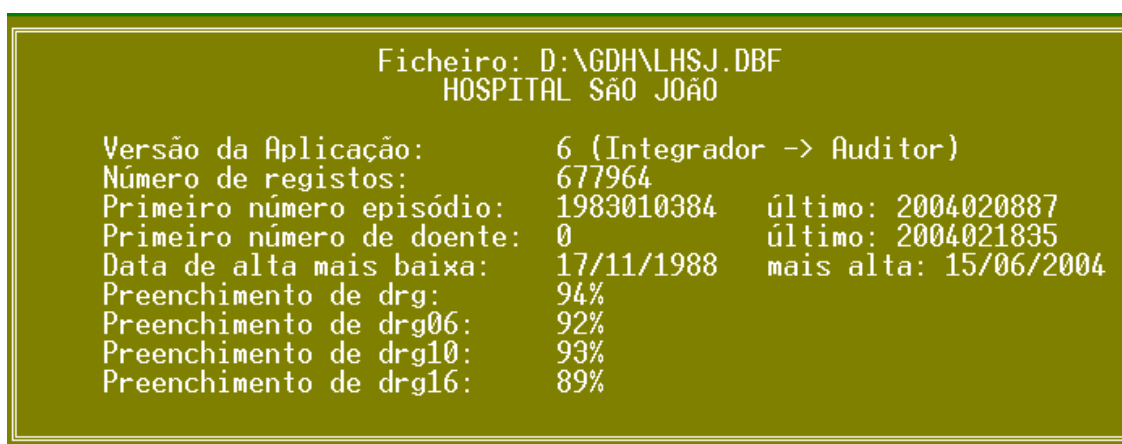


Fig. 11.1 – estatísticas sumárias dum ficheiro

São elas:

### **O nome e a localização do ficheiro auditado**

Esta informação é útil na referência da amostra que foi auditada, principalmente se se tratar duma quantidade significativa de registos: os correspondentes a um mês, a um ano, etc.

### **O nome do hospital a que pertencem os registos (de acordo com *hosp\_id*)**

### **A versão da aplicação que originou o ficheiro com os registos a auditar**

O programa continua a suportar as antigas versões do LDRG, os *outputs* do Integrador, qualquer ficheiro com registos que satisfaçam as normas mínimas para serem considerados válidos como objecto de auditoria (ver Anexo 5)

### **O número de registos contidos no ficheiro**

### **Os números de episódio mais baixo e mais alto (de acordo com *num\_episod*)**

Estes valores serão utilizados na validação dos números eventualmente utilizados na selecção de registos por de número de episódio, de modo a não aceitar valores limites (máximo e mínimo) que não façam sentido.

**Os números de doente mais baixo e mais alto** (de acordo com *patno*)

Estes valores serão utilizados na validação dos números eventualmente utilizados na selecção de registos por de número de doente.

**As datas de alta mais baixa e mais alta** (de acordo com *saidlast*)

Estas datas serão utilizadas como limites na opção de selecção de registos por data de alta, não sendo aceites valores que caiam fora do universo de altas existentes no ficheiro.

**A percentagem de agrupamento em GDHs do ficheiro**

Esta percentagem é apenas o resultado dum algoritmo estatístico destinado a avaliar o grau de preenchimento dos campos do ficheiro que armazenam o GDH (...). valores por volta de 80% são perfeitamente normais.

Este indicador é utilizado na pergunta que se segue à afixação das estatísticas sumárias:

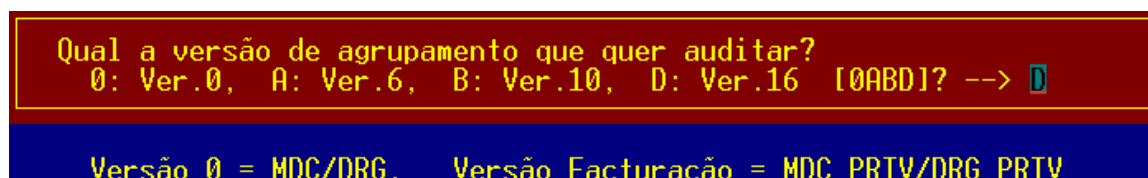


Fig. 11.2 – caixa de diálogo para selecção dos campos de GDHs a auditar.

Dependendo das versões dos ficheiros submetidos a auditoria, um determinado ficheiro pode conter mais do que as duas versões básicas de agrupamento: *drg* e *drg\_priv*. E isto porque, historicamente, foram utilizadas diferentes versões dos agrupadores: a 6, a 10, a 15 e, actualmente, a 16.

Se acontecer que um ficheiro apresente, por exemplo, os campos *drg10*, *drg16* e *drg\_priv*, o utilizador terá a possibilidade de auditar o par *drg16* + *drg\_priv*, ou , alternativamente, o par *drg10* + *drg\_priv*.

É por esse motivo que é feita a pergunta acima representada, que se baseia no resultado do teste de preenchimento dos campos dos GDHs.

Não havendo mais do que um par (*drg* e *drg\_priv*) não é apresentada a pergunta, por ela não fazer sentido.



## 12. Menu das Opções de Trabalho

Quando se selecciona 2 – Programa, no Menu Principal, e depois de se ter escolhido o ficheiro a auditar (ver Secção 10), é activado o Menu Opções de Trabalho:

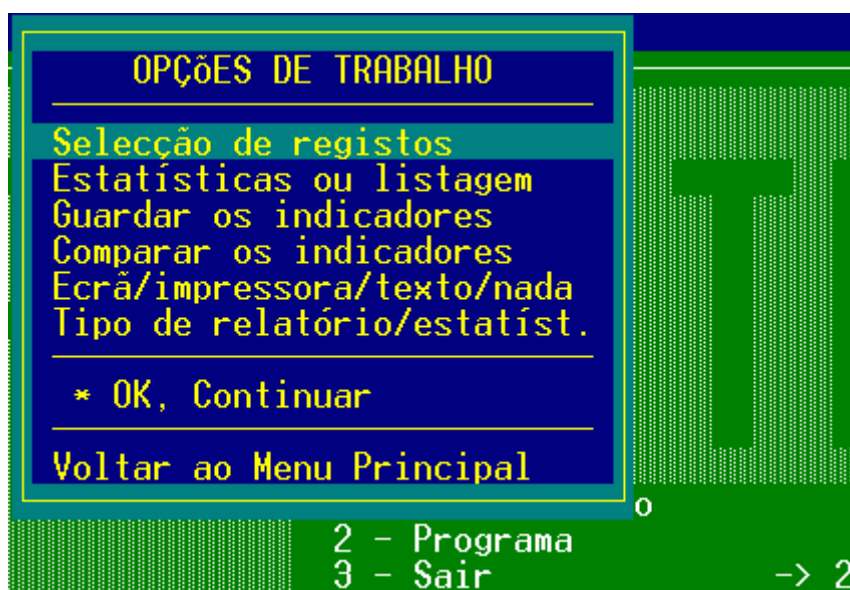


Fig. 12.1 – Menu das Opções de Trabalho.

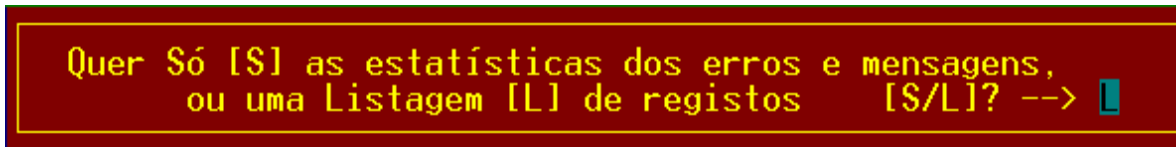
Com este Menu estabelece-se de que modo o programa vai funcionar ao executar uma determinada auditoria: se vai percorrer e analisar todos os registos ou se aplicará um critério de selecção e analisará apenas alguns; se vai ser emitida uma listagem descritiva dos registos ou, de outro modo, se vão apenas ser emitidas estatísticas; se os valores resultantes da auditoria deverão ser guardados para futuras comparações; se, ao solicitar um relatório estatístico, se pretende que os valores duma auditoria sejam comparados com os valores arquivados duma auditoria prévia; se se quer visualizar a listagem ou os resultados estatísticos no ecrã, imprimir na impressora, guardar no computador num ficheiro de texto ou não produzir qualquer *output*; e se se pretende um relatório estatístico e, em caso afirmativo, qual deles (o primitivo ou o mais recente)?

### 12.1 Seleccção de registos

A primeira opção, **Seleccção de registos**, é descrita mais à frente, na Secção 13.

## 12.2 Estatísticas ou Listagem

A segunda opção, **Estatísticas ou Listagem**, activa a seguinte caixa de diálogo:



Quer Só [S] as estatísticas dos erros e mensagens,  
ou uma Listagem [L] de registos [S/L]? --> [L]

Fig. 12.2 – Caixa de diálogo solicitando a especificação de estatísticas ou de listagem.

A resposta a esta pergunta é decisiva: o programa entrará no modo pré-definido, só estatísticas, se se responder [S], e no modo de listagem se se responder [L].

A produção de estatísticas, solicitada pela resposta [S], está indicada numa primeira fase, quando se analisa pela primeira vez um ficheiro de auditoria. É deste modo que poderemos saber se existem erros formais de códigos, se existem alertas relativos a problemas de coerência, de causas externas, de obstetrícia, de cardiologia, etc. etc., para que, a seguir, se solicitem as listagens relativas aos problemas detectados.

A resposta [L], solicitando uma listagem, activa a seguinte caixa de diálogo:




Quer listar apenas os registos com mensagens [S/N]? --> [S]

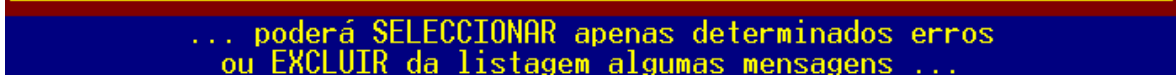
Fig. 12.3 – Caixa de diálogo perguntando se se quer uma listagem apenas dos registos que têm mensagens.

Os registos com mensagens serão aqueles aos quais o programa aplicou qualquer mensagem de erro ou alerta. Utiliza-se esta opção quando se pretende uma auditoria orientada para qualquer problema. Em alternativa, se se quiserem visualizar ou auditar todos os registos, com ou sem mensagens, dever-se-á responder negativamente, para que não se estabeleça essa selecção.

Um pedido de listagem apenas dos registos com mensagens pode ainda ser especificado:



Quer limitar a selecção de erros ou mensagens [S/N]? --> [N]



... poderá SELECCIONAR apenas determinados erros  
ou EXCLUIR da listagem algumas mensagens ...

Fig. 12.4 – Caixa de diálogo perguntando se se querem os registos com qualquer mensagem ou se se pretende escolher as mensagens.

A resposta negativa a esta pergunta originará uma listagem de todos os registos que mereçam uma qualquer mensagem (de erro ou alerta) do programa.

E a resposta afirmativa conduzirá a uma nova pergunta:

... então quer SELECCIONAR [S] determinados erros,  
ou EXCLUIR [E] da listagem algumas mensagens [S/E]? --> 

Fig. 12.5 – Caixa de diálogo perguntando se se quer seleccionar mensagens ou erros (para procurar no ficheiro) ou se se querem excluir mensagens (para que os respectivos registos sejam ignorados)

Poder-se-á limitar uma listagem a um determinado grupo de mensagens. E este grupo poderá ser por selecção ou por exclusão. Assim, por exemplo, se se quiser procurar registos com erros de obstetrícia, com erros de causas externas, com diagnósticos principais questionáveis, etc., devem-se SELECCIONAR as mensagens.

Mas se, pelo contrário, se pretende efectuar uma auditoria genérica, visualizando qualquer mensagem significativa, mas não se quer perder tempo com “GDHs que mudariam com a presença de CC / Complicação do Parto [609]”, ou com “internamentos abaixo do limiar inferior [658]” ou mesmo com registos com “sintoma como diagnóstico principal [868]”, devem-se EXCLUIR essas mensagens, e todas as outras serão pesquisadas.

É com esta finalidade que existem as opções de selecção múltipla no menu de selecção de mensagens, como é o caso de “MENSAGENS DUPLICAÇÃO / LIMIARES / INESPECIFICADE / CCs”, com a qual se excluem os registos com mensagens “menos importantes” e se procede a uma auditoria rápida.

Para mais detalhes sobre a selecção de registos através do menu de erros ou mensagens, ver a Secção 14.

### 12.3 Guardar os indicadores

A opção seguinte do Menu das Opções de Trabalho, “Guardar os indicadores”, tem a ver

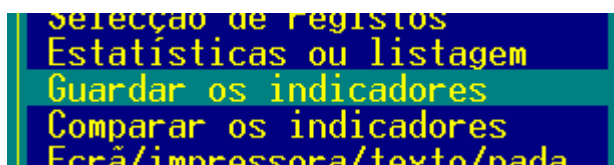


Fig. 12.6 – Opção Guardar os indicadores no menu das Opções de Trabalho

com o arquivo dos números resultantes das auditorias. Saber que existiam 5,41% de procedimentos por registo, 0,95% de registos com falta de causa externa, tantos sintomas como diagnóstico principal... num ano anterior e verificar depois que esses indicadores melhoraram no ano seguinte, é extremamente útil.

Por activação desta opção é aberta uma caixa de diálogo que pede confirmação do desejo de se arquivarem os indicadores:

Quer guardar os indicadores a produzir  
para termo de comparação em relatórios posteriores [S/N]? --> 

Fig. 12.7 – Caixa de diálogo activada pela selecção da opção “Guardar os indicadores”.

A uma resposta afirmativa sucede o pedido de indicação dum ano ao qual se devem referir os indicadores a gravar:

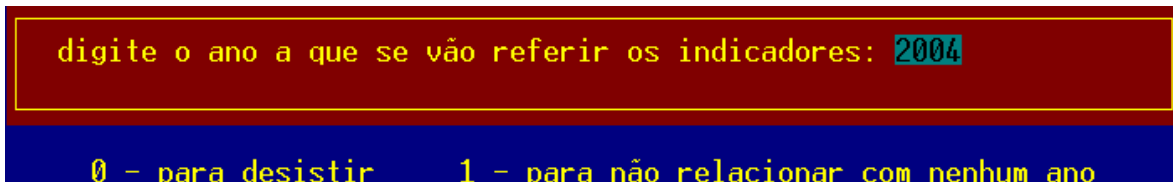


Fig. 12.8 – Caixa de diálogo solicitando a identificação dum ano de referência dos indicadores a guardar.

É que esta funcionalidade foi criada a pensar na comparação de auditorias ano a ano. O directório dos indicadores (ver na Secção 8, de Configuração, a localização deste directório) terá tantos subdirectórios quantos os anos aos quais de quizerem referir os indicadores: 2000, 2001, 2002, etc.

Tendo-se indicado um ano de referência, é apresentada a caixa de diálogo seguinte:

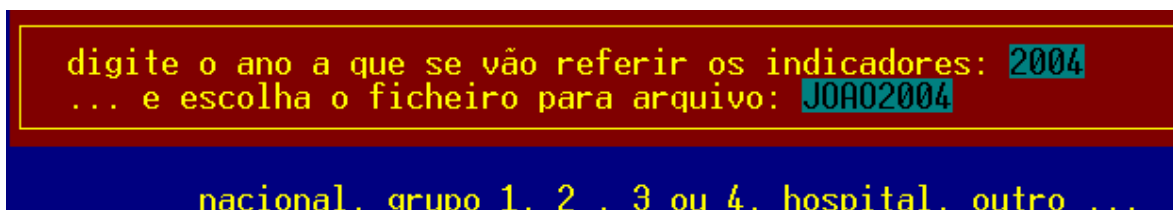


Fig. 12.9 – Caixa de diálogo solicitando um nome para o arquivo dos indicadores.

Com esta pergunta o programa solicita um nome para o ficheiro de registo dos indicadores. Propõe, por defeito, um nome constituído pela abreviatura do Hospital, de acordo com o campo *hosp\_id*, da base de dados (neste caso, JOAO), e pelos quatro dígitos do ano de referência (neste caso 2004).

Mas, utilizando a barra de espaços, percorrer-se-ão as outras opções de resposta a esta pergunta: “NATION”, “GRUPO1”, “GRUPO2”, “GRUPO3”, “GRUPO4” e “OUTRO”, as quais se referem à utilização pretendida no IGIF.

Assim, seleccionando o directório com todos os hospitais, produzir-se-ão os indicadores nacionais (daí o nome NATION). E seleccionando os ficheiros dos hospitais dum mesmo grupo, por exemplo, 2, produzir-se-ão os respectivos indicadores (a gravar com o nome GRUPO2).

Em utilização normal, num hospital, a opção a escolher será “OUTRO”:

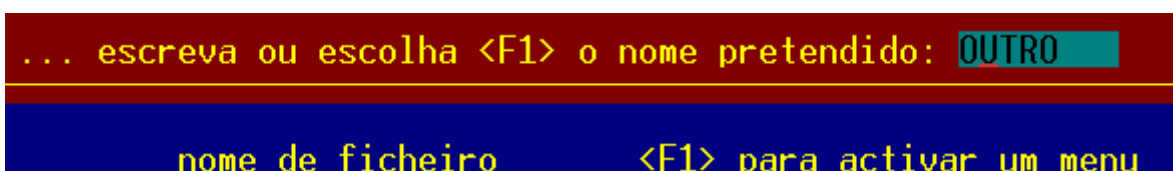


Fig. 12.10 – Caixa de diálogo solicitando um nome para os indicadores particulares dum hospital.

O programa apresenta então outra caixa onde se pode escrever um nome particular, permitindo até a utilização dum menu, activado coma tecla <F1>, com o qual se pode

percorrer os directórios e identificar um determinado ficheiro. A não utilização de <F1> conduz ao local de gravação previsível: ...\\dicador\ano\xxxxxxx (o ano seria 2004, na sequência do exemplo anterior).

Quando o programa terminar a auditoria, os respectivos indicadores (números e percentagens) serão arquivados num ficheiro com o nome especificado e ficam disponíveis para comparações posteriores.

## 12.4 Comparar os indicadores

A opção seguinte do Menu das Opções de Trabalho, “Comparar os indicadores”, tem a ver

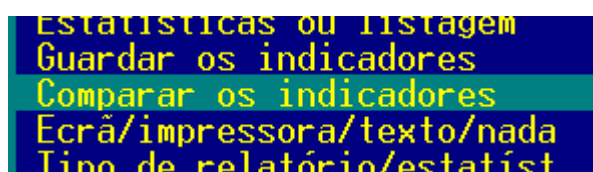


Fig. 12.11 – Opção Comparar os indicadores no menu das Opções de Trabalho

com a comparação dos números resultantes de duas auditorias distintas. Saber a evolução dos indicadores de dois anos sucessivos dum mesmo hospital é útil para quem tem um projecto de melhoria e quer avaliar os resultados.

A activação desta opção abre a seguinte caixa de diálogo:

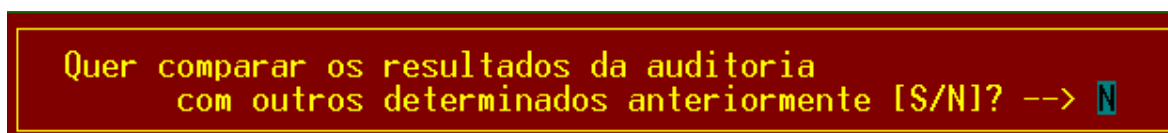


Fig. 12.12 – Caixa de diálogo pedindo a confirmação do pedido de comparação de indicadores.

e, se a resposta for afirmativa

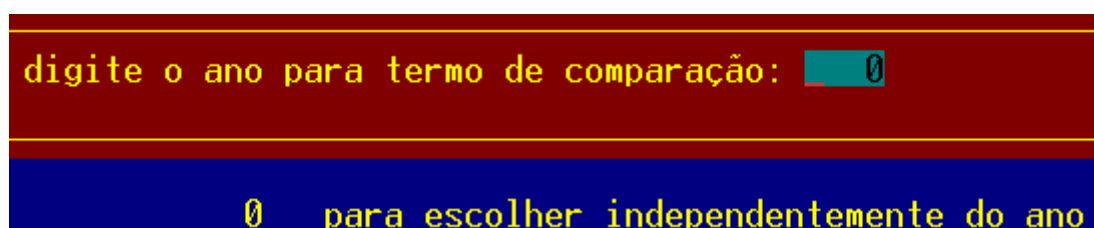


Fig. 12.13 – Caixa de diálogo pedindo o ano a que se referem os indicadores que vão servir de termo de comparação.

é pedido o ano dos indicadores arquivados que vão servir de termo de comparação. O ano identificará o subdirectório dos arquivos de indicadores. O ficheiro pretendido deverá lá existir. A introdução do ano conduz à apresentação do ficheiro respectivo do hospital a que pertencem os registos (neste caso, JOAO):

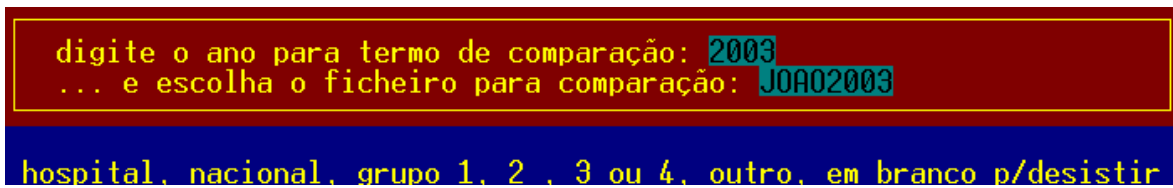


Fig. 12.14 – Caixa de diálogo pedindo a especificação do ficheiro de indicadores a utilizar como termo de comparação.

A existência de outros ficheiros de arquivo, semestrais, por Serviço, por Codificador, ou até de outros hospitais, permite comparações diversas. É por isso que a resposta possível a esta pergunta é múltipla: através da utilização da barra de espaços, fazem-se alternar as respostas pré-programadas, “NATION”, “GRUPO1”, “GRUPO2”, “GRUPO3”, “GRUPO4” e “OUTRO”.

Mais uma vez, este grupo de opções é utilizado no IGIF para gravar os indicadores nacionais e de cada grupo de hospitais. A última opção, “OUTRO”, se seleccionada, permitirá especificar um nome particular:

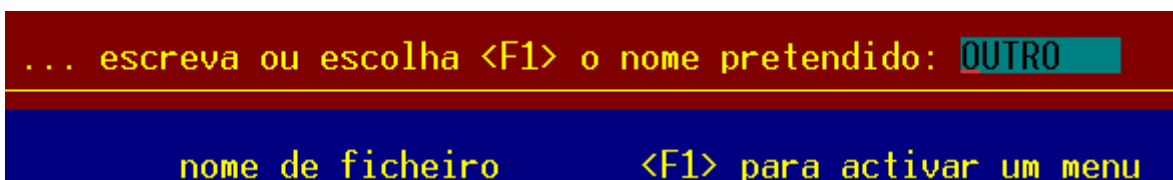


Fig. 12.15 – Caixa de diálogo pedindo a especificação dum nome para registo dos indicadores.

A especificação directa dum nome conduzirá à criação dum novo ficheiro. A tecla de ajuda <F1>, activará um menu para navegação no sistema de ficheiros, de modo a seleccionar um ficheiro existente (a ser escrito de novo). Como medida de segurança,



Fig. 12.16 – Caixa de diálogo perguntando a acção a tomar quando se especifica um ficheiro pré-existente.

o utilizador será alertado se tiver indicado um ficheiro preexistente. Terá assim hipótese de solicitar a sua actualização [A], recriação [R] ou, a escolha [X] de um outro. Deste modo se evitará a destruição inadvertida de registos anteriores.

A hipótese da actualização tem a seguinte finalidade: fazer auditoria periódica (semanal ou mensal, por exemplo) e ir acumulando os indicadores progressivamente. Os indicadores duma segunda auditoria são somados aos da primeira e armazenados; os duma terceira aos das duas anteriores, e assim sucessivamente. Deste modo, os indicadores dum ano, 2004 por exemplo, vão sendo criados e actualizados sem existir um ficheiro global com a produção do hospital.

Será preferível, no entanto, sempre que possível, produzir os indicadores com um ficheiro único, global, para que se evitem as duplicações de registos que acontecem inevitavelmente com os registos corrigidos e que são de novo exportados pelo Integrador para o Auditor.

## 12.5 Ecrã/Impressora/Texto/Nada

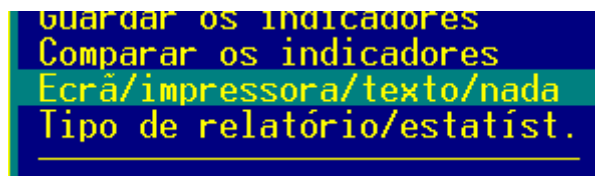


Fig. 12.17 – A opção de definição do output do Auditor

A opção seguinte do Menu das Opções de Trabalho tem a ver com o orientação do *output* do programa. Por activação desta opção é aberta a caixa de diálogo:

Quer visualizar no Ecrã [E], listar na impressora [I],  
produzir uma file de texto [T] em disco ou nada [N] ? --> 

Fig. 12.18 – Caixa de diálogo solicitando a especificação do output do programa.

Por defeito, as listagens de registos ou as estatísticas dos indicadores são mostradas no ecrã [E], registo a registo (conforme o modo de paragem) ou secção a secção. Em alternativa, podem enviar-se as listagens para a impressora [I], ou para um ficheiro de texto [T] no computador. Resta ainda a possibilidade de não originar nenhum *output* “visível”.

A gravação do *output* num ficheiro de texto é útil nas situações em que não há acesso a uma impressora, e se pode levar o ficheiro-documento para outro local onde a impressão seja possível.

O programa gera, agora, dois formatos de arquivo: um **.TXT** e outro **.DOC**. O primeiro só é verdadeiramente utilizável em ambiente DOS, mas o segundo é facilmente visualizável (e manipulável) em ambiente Windows.

A opção “Nada” faz sentido quando o que se pretende é apenas o ficheiro (ou ficheiros) dos indicadores. Podem calcular-se, por exemplo, os indicadores de todos os hospitais, ou de um grupo de hospitais, para utilização posterior (comparações, por exemplo) sem necessidade de imprimir ou visualizar as listagens particulares.

## 12.6 Tipo de relatório/estatísticas

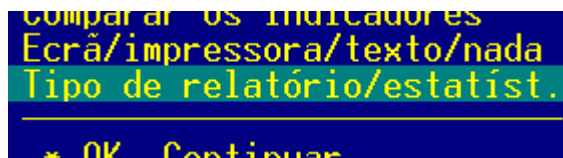


Fig. 12.19 – A opção de escolha dos relatórios estatísticos.

A última opção do Menu das Opções de Trabalho tem a ver com a especificação dos Relatórios Estatísticos desejados: uma vez que existem dois tipos de relatórios, podem visualizar-se ou imprimir-se quer um, quer outro, quer os dois, ou mesmo nenhum:



Quer imprimir os 2 tipos de estatísticas [2]  
só o primitivo [P], o mais recente [R] ou nenhum [N]? --> N

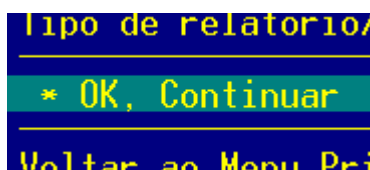
Fig. 12.20 – Caixa de diálogo para especificação do(s) Relatório(s) Estatístico(s) pretendidos.

A primeira alternativa [2] é imprimir (ou visualizar) os dois relatórios. A segunda é imprimir apenas o primitivo [P], a terceira apenas o relatório mais recente [R], e a quarta será não imprimir nenhum [N].

A descrição de cada um dos dois tipos de Relatórios Estatísticos encontra-se no Anexo 12. Resumidamente, o Relatório Primitivo tem mais indicadores, mais informação. O Relatório Recente, ou oficial (mais utilizado pelo IGIF) permite fazer comparação com resultados (indicadores) de auditorias anteriores, mas não apresenta (ainda) todas as informações disponíveis no outra listagem estatística.

A opção de não emitir nenhum relatório destina-se às situações mais usuais em que apenas se pretendem as listagens de registos. Assim, por defeito, quando se pede uma listagem de registos, não será emitido qualquer relatório estatístico. Mas se isso for pretendido, basta seleccioná-lo nesta opção.

Depois de se terem especificado as opções desejadas (não é necessário percorrê-las todas: as não especificadas ficarão com os valores pré-definidos por defeito) é necessário activar



Tipo de relatório  
\* OK, Continuar  
Voltar ao Menu Pri

Fig. 12.21 – barra para a execução das opções seleccionadas.

a barra “OK, Continuar”, para que o programa inicie a auditoria propriamente dita. Em alternativa, a activação da Barra “Voltar ao Menu Principal” sairá deste menu sem executar qualquer tipo de auditoria ou listagem permitindo, por exemplo, reconfigurar o programa (estabelecer as abreviaturas dos Serviços ou das EFRs) antes de continuar.



### 13. Seleção de registos

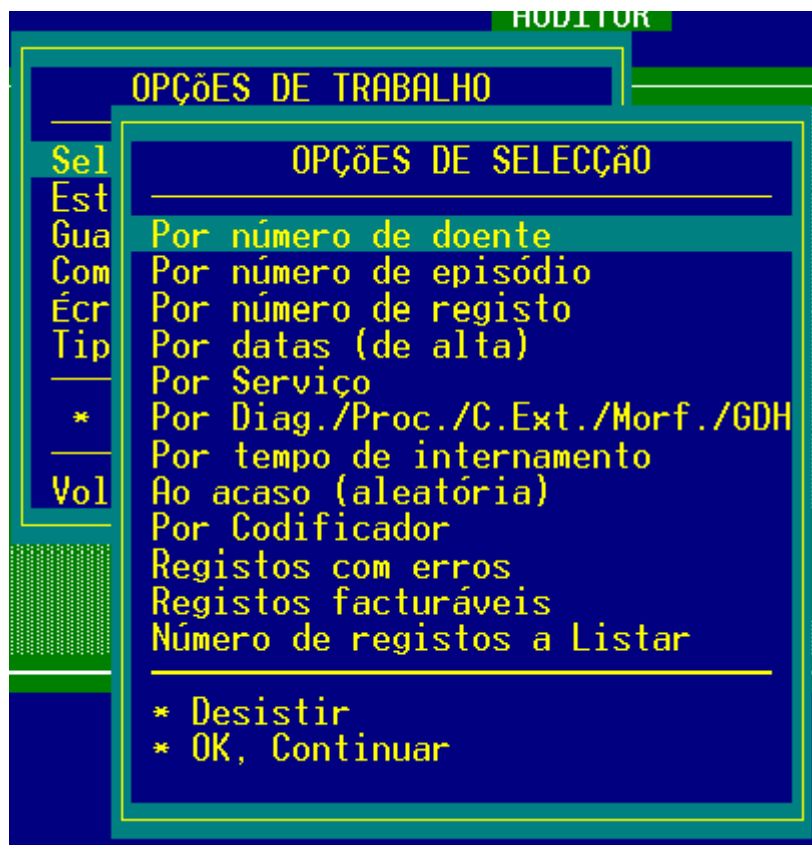


Figura 12.1 – o menu OPÇÕES DE SELECÇÃO

A selecção de registos contidos num ficheiro é feita utilizando o menu **OPÇÕES DE TRABALHO** que é activado depois de se ter seleccionado o ficheiro objecto de auditoria. Através deste menu podem escolher-se registos aleatoriamente, de determinado(s) doente(s), episódio(s) ou Serviço(s), episódios com data de alta dentro de um determinado período ou com determinado tempo de internamento, codificados por determinado(s) médico(s) codificador(s), ou de doentes com Entidade Financeira Responsável facturável. Segue-se a descrição de cada uma das opções possíveis.

## **1. Por número de doente**

Esta opção permite seleccionar registos relativos a doentes com determinados números de doente.

Os números de doente podem definir-se por uma série: maiores (+) do que um valor mínimo, menores (–) do que um valor máximo, ou com valores situados entre (=) um valor mínimo e um valor máximo.

Em alternativa a uma série de valores, podem indicar-se individualmente os números de doente cujos registos se querem auditar. É aberta uma caixa para introdução dos números, um a um, e cada um deles vai sendo afixado noutra caixa, para confirmação visual.

A aceitação dos números isolados de doente é condicionada aos valores mínimo e máximo existentes no ficheiro em análise, que foram identificados após a selecção do ficheiro e exibidos no ecrã das estatísticas.

Todos os registos com um número de doente que satisfaça as especificações feitas, serão auditados e listados, o que implica que, se um doente estiver representado com mais do que um episódio de internamento no ficheiro em análise, todos esses episódios serão seleccionados.

## **2. Por número de episódio**

Esta opção permite seleccionar registos através dos números de episódio de internamento.

Os números de episódio podem definir-se por uma série: maiores (+) do que um valor mínimo, menores (–) do que um valor máximo, ou com valores situados entre (=) um valor mínimo e um valor máximo.

Em alternativa a uma série de valores, podem indicar-se individualmente os números de episódio dos registos que se desejam auditar. É aberta uma caixa para introdução dos números, um a um, e cada um deles vai sendo afixado noutra caixa, para confirmação visual. Estes números são validados perante os números limites que foram encontrados no ficheiro em análise, logo após a sua selecção, e exibidos no ecrã das estatísticas.

Todos os registos com um número de episódio que satisfaça as especificações feitas, serão auditados e listados.

## **3. Por número de registo**

A selecção de determinados números de registo do ficheiro, ou seja, por exemplo, o número 1, o número 77, o número 1013..., tem em vista a posição física, sequencial, que o registo ocupa no ficheiro, independentemente de este estar ordenado por número de doente ou por número de episódio de internamento (...)

#### 4. Por datas (de alta)

Esta opção permite seleccionar altas dentro de um determinado período de tempo. Como acontecia nos casos anteriores, as altas podem definir-se antes (–) de uma data limite, posteriores (+) a uma data inicial, ou compreendidas entre (=) duas datas especificadas.

Também como nas opções anteriores, as datas pretendidas são validadas perante os valores mínimo e máximo das altas representadas no ficheiro em auditoria, detectadas quando se seleccionou o ficheiro e exibidas no ecrã das estatísticas.

#### 5. Por Serviço

Esta opção permite escolher os Serviços de internamento cujos registos se pretendem auditar.

Para esse efeito é construída inicialmente uma tabela com os códigos dos Serviços e na qual se pede o registo dos nomes ou das abreviaturas de cada um deles.

Faz parte dos ficheiros a auditar um campo, *hosp\_id* (por exemplo, “JOAO” para Hospital de São João, “IPOL” para Instituto Português de Oncologia de Lisboa) que identifica o hospital a que se referem os registos. O nome da tabela com os códigos dos Serviços corresponde ao *id* do hospital: **JOAO.DBF**, **IPOP.DBF**, etc. O subdirectório em que ela é armazenada situa-se em \Auditxxx\Dicador\Servicos.

Quando se activa a opção de selecção Por Serviço, é verificada a existência da tabela dos Serviços do hospital representado no ficheiro a auditar, no campo *hosp\_id*, e em caso afirmativo, activada a seguinte janela:

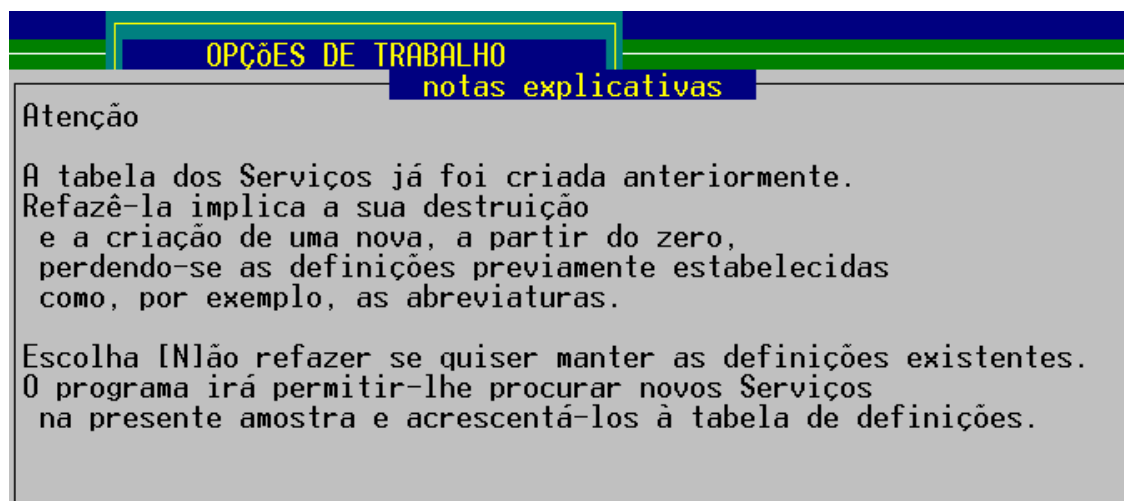


Fig. 12.2 – alerta para evitar que se apague uma tabela de Serviços pré-existente

A intenção deste alerta é impedir que se percam informações (os nomes ou abreviaturas) registadas anteriormente na tabela os Serviços.

É dada a hipótese de recensar novos Serviços que eventualmente apareçam no ficheiro em auditoria: criados recentemente, ou nunca antes representados nas auditorias anteriores.

Assim, uma vez criada inicialmente e preenchida a tabela dos Serviços, é aconselhável permitir o recenseamento de novos serviços, de modo a manter a tabela actualizada.



Fig. 12.3 – afixação dos códigos de Serviços existentes na base de dados e das abreviaturas preenchidas: há códigos de Serviços ainda sem a correspondente abreviatura.

Conforme se pode verificar na Fig. x, há alguns Serviços não acompanhados de abreviatura/nome. Aconselha-se a utilização da opção **Tabela dos Serviços** do menu **OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO** (ao qual se chega através do menu principal). Ver ...

A selecção dos serviços desejados é especificada fazendo <ENTER> na linha respectiva do menu dos Serviços. Aqueles que vão sendo seleccionados aparecem em



Fig. 12.4 – a mensagem em rodapé assinala os códigos de Serviços que já foram seleccionados: 30005, 30003 e 30006.

rodapé, no fundo do ecrã. Para acabar a selecção basta premir <ESCAPE>.

## 6. Por Diagnósticos, Procedimentos, Causas Externas, Morfologias ou GDHs

Com esta opção é activado um submenu, chamado SELECÇÃO CLÍNICA, com o qual se podem seleccionar registos que contêm determinado(s) código(s) de diagnóstico(s) e/ou de procedimento(s) e/ou de causas externas e/ou de morfologia(s) e/ou de GDH.



Pode especificar-se na selecção um ou vários códigos de uma destas categorias (diagnósticos, procedimentos, causas externas, morfologias ou GDHs), ou de duas ou mais destas categorias de códigos combinadas entre si. Eis alguns exemplos de selecções possíveis:

Fig. 12.5 – o menu com as opções de selecção clínica.

- adenocarcinomas (morfologias M8140/2 – M8140/6) do aparelho digestivo (diagnósticos 140 – 159) com cirurgia de ressecção (procedimentos 42.32, 42.40, 42.41, 42.42 ...);
- acidentes de viação (causas externas E810 – E819) com traumatismos do baço (diagnóstico 865);
- traumatismos cranianos (diagnósticos 800, 801, 803, 804, 850, 851, 852, 853, 854) em que se fez ressonância magnética (procedimento 88.97);
- os Grupos de Diagnósticos Homogéneos cirúrgicos (GDHs 370 – 384) dos casos obstétricos (diagnósticos 630 – 677);
- os registos de episódios com cirurgia adiada por determinada razão (diagnóstico V64.3)

Em cada uma das categorias (causas externas, diagnósticos, morfologias, procedimentos, GDHs) pode indicar-se uma série de valores (entre um mínimo e um máximo) ou, isoladamente, um código ou um conjunto de códigos.

A recolha dos valores para uma série é feita na caixa de diálogo; a recolha de valores isolados também, embora origine a sua apresentação consecutiva noutra janela, a fim de dar confirmação visual ao utilizador.

A selecção dos diagnósticos pode aplicar-se ao diagnóstico de admissão, ao diagnóstico principal, aos diagnósticos adicionais ou a todos eles.

## 7. Por tempo de internamento

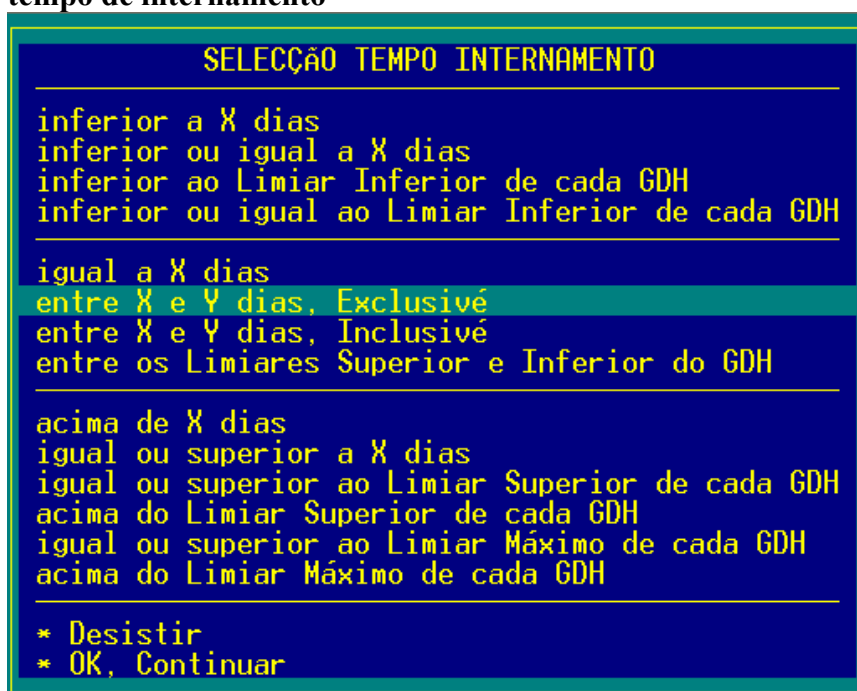


Fig. 12.6 – o menu das hipóteses de selecção de registos por tempo de internamento.

Esta opção activa um submenu – SELECÇÃO TEMPO INTERNAMENTO, com a qual se pode especificar um determinado tempo em dias, referido ou não a um valor mínimo e/ou a um valor máximo, quer em termos abstractos, quer em relação aos limiares (inferior, superior e máximo) do tempo de internamento especificados na última portaria do Diário da República.

## 8. Ao acaso (aleatoriamente)

A opção de selecção aleatória destina-se a realizar uma “verdadeira” auditoria, não orientada para a procura de erros.

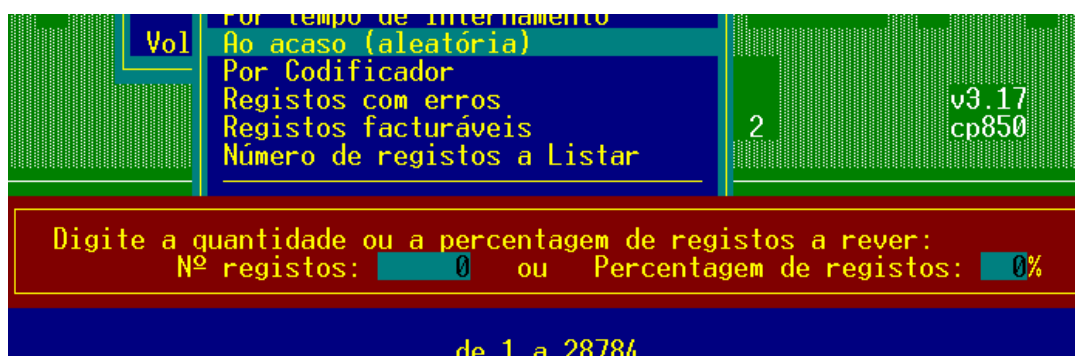


Fig. 12.7 – caixa de diálogo solicitando a identificação do número de registos que se pretendem auditar, ou, em alternativa, a percentagem em relação ao número total de registos existentes no ficheiro.

Define-se a percentagem ou o número de registos pretendidos, e o programa escolhe ao acaso, um a um, entre os registos do ficheiro, até se perfazer a quantia desejada.

## 9. Por codificador

Com esta opção assinala-se o codificador ou os codificadores cujos processos queremos auditar.

A especificação dos codificadores desejados baseia-se numa tabelas de médicos codificadores, própria de cada hospital, arquivada no subdirectório \Auditxxx\Codifica. Do mesmo modo que com os Serviços, o seu nome corresponde ao *hosp\_id* de cada hospital como, por exemplo, **BRAG.DBF** e **HUCO.DBF** Quando esta tiver sido anteriormente criada, é apresentado o seguinte ecrã:

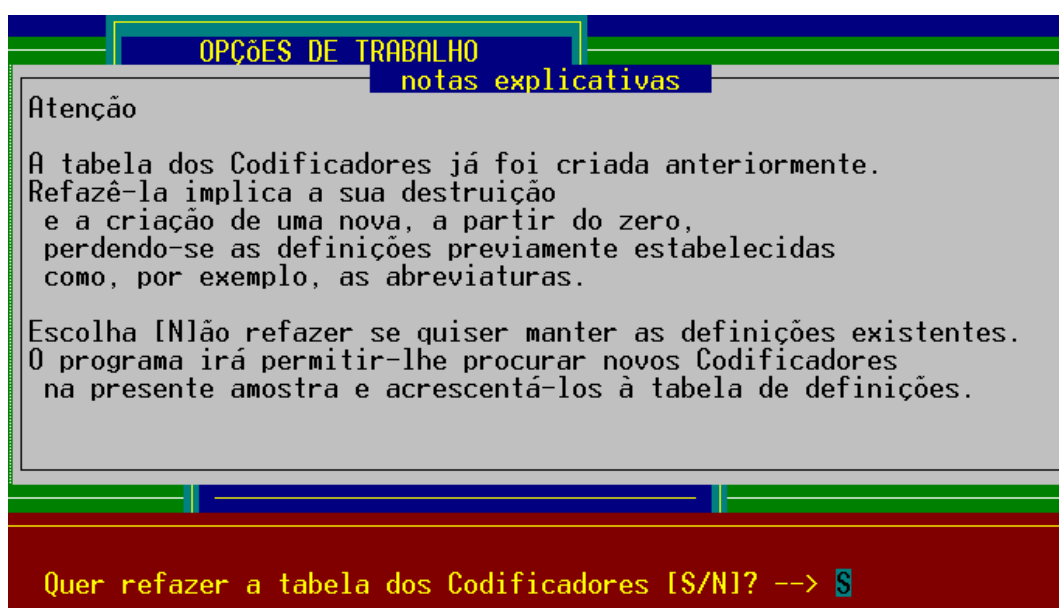


Fig. 12.8 – alerta para impedir que se apague inadvertidamente uma tabela de codificadores preexistente.

Pretende este aviso impedir que se destrua inadvertidamente informação já registada na tabela dos codificadores.

É activado então um popup com os números identificadores de cada médico codificador (que deverão corresponder aos seus números da Ordem dos Médicos).

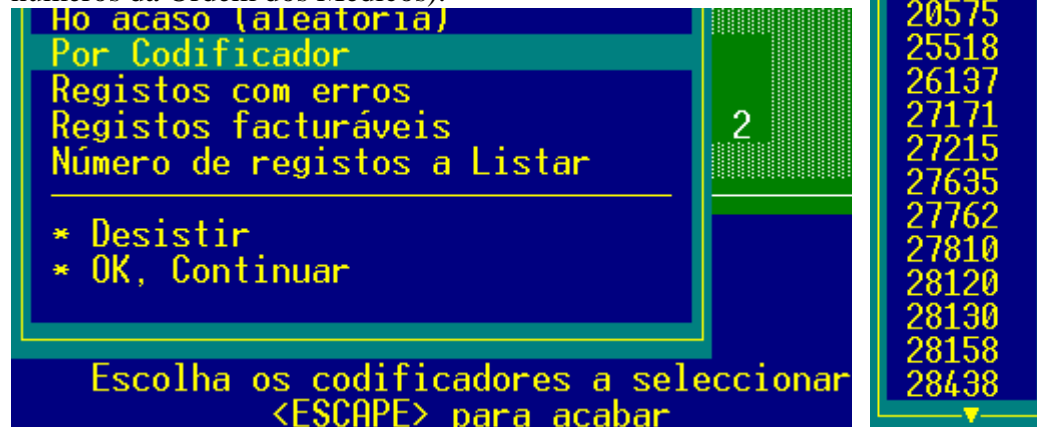


Fig. 12.9 – *popup* com os números da Ordem dos médicos codificadores utilizado para seleccionar aqueles cujos processos codificados queremos auditar.

A selecção é efectuada fazendo <ENTER> em cada uma das linhas dos números escolhidos.



Fig. 12.10 – rodapé mostrando os números da Ordem já seleccionados

Os números seleccionados, vão aparecendo em rodapé, de modo a permitir a confirmação visual por parte do utilizador. Serão depois confrontados, durante a análise do ficheiro em auditoria, com os valores do campo *medcod*, onde se regista a identificação do médico codificador de cada registo.

## 10. Registos com erros

Esta opção, no menu OPÇÕES DE SELECÇÃO, é apenas sinalizadora, pois a selecção de “erros” é feita noutro lado. Por esse motivo surge a seguinte informação:



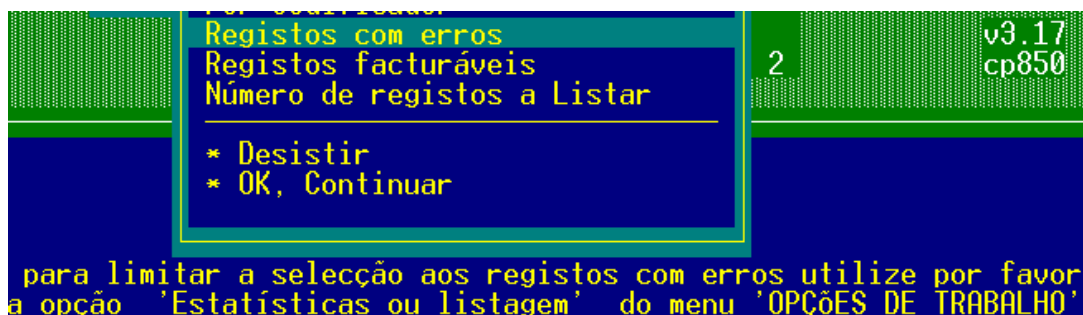


Fig. 12.11 – mensagem de rodapé remetendo o utilizador para o menu das OPÇÕES DE TRABALHO se quiser seleccionar registos com erros.

## 11. Registos facturáveis

Com esta opção seleccionam-se os registos cuja Entidade Financeira Responsável, EFR, (registada no campo *fin\_resp*) é facturável. Ou seja, ignoram-se assim os episódios de internamento cuja EFR foi o Serviço Nacional de Saúde (SNS), código 938001, (ou outra, não facturável).

Esta opção é justificada pelo facto de o SNS ser a entidade responsável, em média, por 10 a 15% de todos os episódios de internamento. É assim utilizada esta opção para auditar, em primeiro lugar, os registos que devem ser facturados.

A classificação das EFRs em facturáveis e não facturáveis é feita utilizando a opção **EFRs NÃO Facturáveis** do menu de **OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO**. É isso que é indicado com a mensagem de rodapé

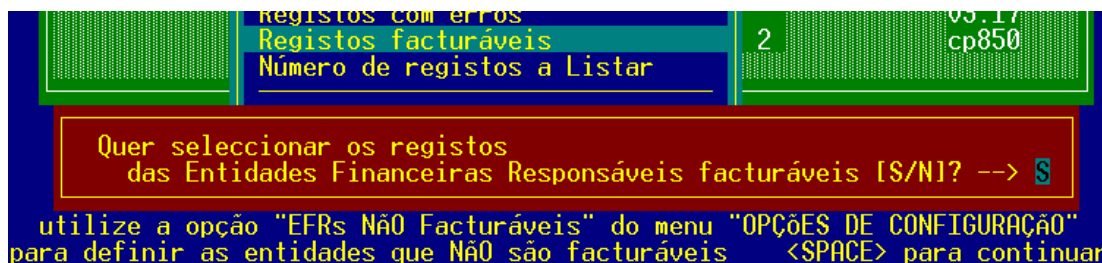


Fig. 12.12 – caixa de diálogo para a selecção de registos por EFR, e mensagem em rodapé remetendo o utilizador para o menu OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO se quiser redefinir quais são as EFRs facturáveis.

Veja-se na Secção 8, Configuração, como proceder a essa definição.

Se já tiverem sido assinaladas EFRs não facturáveis, essa informação é apresentada em rodapé:

**EFRs NÃO Facturáveis actualmente definidas:**  
**938001**

Fig. 12.13 – mensagem de rodapé assinalando as EFRs configuradas como NÃO facturáveis (neste caso apenas uma)

## 12. Número de registos a listar

Com esta última opção do menu OPÇÕES DE SELECÇÃO permite-se definir o número máximo de registos que pretendemos ver listados ou impressos.

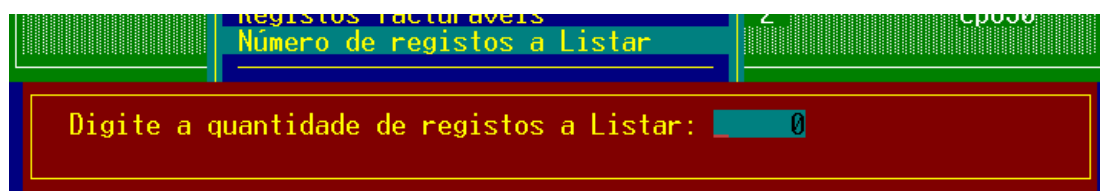


Fig. 12.14 – caixa de diálogo esperando a introdução dum número que será o máximo de registos a serem listados (ou impressos)

A sua utilidade verifica-se nas situações em que apenas pretendemos seleccionar um pequeno número de registos dum conjunto de casos que conhecemos, à partida, como sendo numeroso.

Por exemplo, depois de se terem obtido as estatísticas globais dum determinado ficheiro, foram assinalados 400 registos com a mensagem “**diagnóstico de intoxicação e causa externa de efeito adverso**”. No passo seguinte pretende-se apenas ilustrar estes casos, listando apenas três registos. Utilizando então a opção **Estatísticas ou listagem** do menu OPÇÕES DE TRABALHO, selecciona-se esta mensagem e, através da activação desta opção, **Número de registos a listar**, define-se o número de três registos e orienta-se a listagem para a impressora.



## 14. Seleção de registos através do menu de erros ou mensagens

Quando lançamos uma auditoria a um determinado ficheiro esperamos, inicialmente, que o programa Auditor nos diga o que é que está mal, ou, pelo menos, nos identifique os alertas que devemos investigar.

Para isso, o ideal é fazer, primeiro, uma estatística. Com esta podemos rapidamente apercebermo-nos dos problemas existentes. Iremos depois directamente atrás daquilo que foi identificado: registos com códigos errados, códigos associados indevidamente, falhas de códigos (causas externas, por exemplo), diagnósticos questionáveis, erros de maternidade/obstetrícia, etc.

Existe, para essa finalidade, o menu de selecção de erros ou mensagens.

O menu de "ERROS/MENSAGENS A SELECCIONAR" é activado pela opção "Estatísticas ou listagem" do menu "OPÇÕES DE TRABALHO". Com ele podemos especificar mensagens individuais ou conjuntos de mensagens que desejamos procurar no ficheiro a auditar, ou, por outro lado, que queremos ignorar (excluir) das mensagens ou erros que esperamos obter.

```
ERROS/MENSAGENS A SELECCIONAR
diagnóstico principal inespecífico
  DIAGNÓSTICO PRINCIPAL QUESTIONÁVEL (ADMISS/MANIF/SINT) <<<<<<<
diagnóstico principal sugerindo outros diagnóstico não codificados
diagnóstico secundário inaceitável
diagnóstico secundário inespecífico
efeito tardio como diagnóstico principal
episiotomia sem codificação do procedimento do parto
episiotomia simples e episiotomia associada a forceps ou ventosa
erro de recolha: código em minúsculas
erro na sequência das datas de transferência
  ERROS DE CARDIOLOGIA <<<<<<<
  ERROS DE MATERNIDADE / RECÉM-NASCIDOS <<<<<<<
  ERROS NAS CAUSAS EXTERNAS <<<<<<<
  FALHAS DE CODIFICAÇÃO (C.EXT/DIAGN/PROC/MORFOL/OUTROS) <<<<<<<
GDH de ambulatório não constante na Portaria do D.R.

73 Seleccione: <SHIFT> + <SPACE>
```

Este menu apresenta todas as mensagens ou opções possíveis de selecção (ou de exclusão) ordenadas por ordem alfabética.

Deve notar-se que a selecção de cada linha se faz com a associação das teclas

<SHIFT> e <SPACE>



o que origina uma marca de selecção à esquerda da linha, como, por exemplo,

```
numero de doente/episodio em branco
OUTROS CÓDIGOS (SEXO / TIPO ADMISSÃO / DESTINOS) INVÁLIDOS <<<<<
♦ parto normal e complicado simultaneamente
parto referenciado em mulher sem diagnóstico de maternidade
peso à nascença inválido
```

mas nunca com a tecla de <RETURN>, uma vez que esta última desactiva todas mensagens que já tenham sido previamente seleccionadas.

Podem seleccionar-se sucessivamente tantas linhas quantas se desejar para uma determinada selecção. E no fim da selecção (de mensagens a seleccionar ou a excluir) deve activar-se a opção

\* OK, Continuar \*

que existe tanto no início como no fim do menu.

No meio das várias mensagens, e também por ordem alfabética, encontram-se opções de conjunto, salientadas por indentação, por maiúsculas e pelos sinais "<<<<<", de cuja activação resulta a selecção das mensagens individuais que lhes correspondem. Na imagem seguinte, por exemplo, foi activada a opção "CÓDIGOS CID-9-CM INVÁLIDOS"

```
ERROS/MENSAGENS A SELECIONAR
♦ código de morfologia inválido: erro no 5º dígito
♦ código de morfologia não encontrado (categoria inexistente)
código de morfologia sem diagnóstico de neoplasia
código de outros destinos (xx) inválido
código de procedimento duplicado
♦ código de procedimento incompleto (3º ou 4º dígito em falta)
♦ código de procedimento inválido: erro no 3º ou 4º dígito
♦ código de procedimento não encontrado (categoria inexistente)
código de procedimento no Bloco Operatório inespecífico
código de R/N no registo da mãe
código de sexo (x) inválido
código de tipo de admissão inválido
♦ código por corrigir (com X)
  CÓDIGOS ASSOCIADOS ERRADAMENTE <<<<<<<
♦  CÓDIGOS CID-9-MC INVÁLIDOS <<<<<<<
```

e dessa selecção resultou a marcação de várias outras linhas (com o símbolo ♦).

São as seguintes as opções de selecção múltipla:

CÓDIGOS ASSOCIADOS ERRADAMENTE  
CÓDIGOS CID-9-MC INVÁLIDOS  
CÓDIGOS COMBINAÇÃO E CODIFICAÇÃO MÚLTIPLA EM SIMULTÂNEO  
CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS OPOSTOS EM SIMULTÂNEO  
CÓDIGOS DUPLICADOS  
CONFLITO DE DIAGNÓSTICO  
CONFLITO DE PROCEDIMENTO



DATAS INVÁLIDAS (nascimento / admissão / alta)  
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL QUESTIONÁVEL (ADMISS/MANIF/SINT)  
ERROS DE CARDIOLOGIA  
ERROS DE MATERNIDADE / RECÉM-NASCIDOS  
ERROS NAS CAUSAS EXTERNAS  
FALHAS DE CODIFICAÇÃO (C.EXT/DIAGN/PROC/MORFOL/OUTROS)  
MENSAGENS DUPLICAÇÃO / LIMIARES / INESPECIFICIDADE / CCs  
OUTROS CÓDIGOS (SEXO / TIPO ADMISSÃO / DESTINOS) INVÁLIDOS

as quais se passam a descrever:

## 1. CÓDIGOS ASSOCIADOS ERRADAMENTE:

angina de peito associada a diagnóstico de enfarte agudo miocárdio [26]  
aterosclerose das extremidades e gangrena em codificação múltipla [28]  
AVC associado a doença vascular cerebral mais específica [29]  
circulação extracorporal e hipotermia/cardioplegia/PM operatório [31]  
código de maternidade no registo do R/N [126]  
código de morfologia sem diagnóstico de neoplasia [154]  
código de R/N no registo da mãe [203]  
códigos simultâneos de diabetes com e sem complicação [259]  
códigos simultâneos de presença e ausência de prolapso uterino [266]  
códigos simultâneos de prolapso vaginal completo e incompleto [273]  
códigos simultâneos de úlcera com e sem obstrução [280]  
combinação errada de pacemaker e terminais [294]  
complicações de abortamento em codificação múltipla [297]  
diagnóstico de ef.adv/compl/ef.tard/intox./traum.: c.ext. n/relac. [392]  
diagnóstico de intoxicação e causa externa de efeito adverso [427]  
episiotomia simples (e) associada a forceps ou ventosa [511]  
hemorragia digestiva em codificação múltipla [616]  
história de EAM associada a doença cardíaca isquémica actual [620]  
imaturidade extrema: verificar o peso registado [622]  
insuficiência cardíaca em codificação múltipla [644]  
insuficiência cardíaca esquerda associada a insuficiência direita [647]  
insuficiência renal em codificação múltipla [651]  
parto normal e complicado simultaneamente [756]  
peso preenchido em registo de "não Recém-Nascido" [777]  
prematuridade: verificar o peso registado [788]  
síndrome coronário intermediário associado a enfarte ag. miocárdio [865]  
validar morfologia de metástase e diagn. neoplasia ou vice versa [878]  
verificar codificação de parto assistido e por cesariana simultaneamente [889]  
verificar diagnóstico principal em adulto com GDH de recém-nascido [891]  
verificar sequenciação síndr.coronár.interm. vs ateroscl.coronária [863]



São mensagens que assinalam a simultaneidade, no mesmo registo, de codificações que não são de esperar em associação. Assim, um diagnóstico de intoxicação pede uma causa externa de intoxicação, e não uma causa externa de efeito adverso. Ou um código de Recém-nascido que aparece no registo da mãe... Ou a codificação de insuficiência cardíaca direita associada à codificação de insuficiência esquerda...

## 2. CÓDIGOS CID-9-MC INVÁLIDOS

código de causa externa incompleto (4º dígito em falta) [42]  
código de causa externa inválido: erro no 4º dígito [49]  
código de causa externa não encontrado (categoria inexistente) [56]  
código de diagnóstico incompleto (4º ou 5º dígito em falta) [84]  
código de diagnóstico inválido: erro no 4º ou 5º dígito [91]  
código de diagnóstico não encontrado (categoria inexistente) [98]  
código de diagnóstico principal em branco [112]  
código de diagnóstico principal inválido [119]  
código de morfologia incompleto (5º dígito em falta) [133]  
código de morfologia inválido: erro no 5º dígito [140]  
código de morfologia não encontrado (categoria inexistente) [147]  
código de procedimento incompleto (3º ou 4º dígito em falta) [175]  
código de procedimento inválido: erro no 3º ou 4º dígito [182]  
código de procedimento não encontrado (categoria inexistente) [189]  
código por corrigir (com X) [224]  
erro de recolha: código em minúsculas [518]  
GDH 469 (Diagnóstico Principal não válido como diagnóstico alta) [574]  
GDH 470 (Não classificável) [581]  
registo não agrupado (pelo agrupador HCFA) [847]  
registo não agrupado correctamente (pelo agrupador HCFA) [854]

Opção de selecção conjunta de todas as mensagens referentes a erros formais de codificação: códigos inválidos, inexistentes, com falta de dígitos, ou com dígitos inválidos, etc.

## 3. CÓDIGOS DE COMBINAÇÃO E CODIFICAÇÃO MÚLTIPLA EM SIMULTÂNEO

aterosclerose das extremidades e gangrena em codificação múltipla [28]  
complicações de abortamento em codificação múltipla [297]  
episiotomia simples (e) associada a fórceps ou ventosa [511]  
hemorragia digestiva em codificação múltipla [616]  
insuficiência cardíaca em codificação múltipla [644]  
insuficiência renal em codificação múltipla [651]



Referem-se às situações em que foram utilizados códigos separados (múltiplos) em vez de, ou em simultâneo com, códigos de combinação que codificam conjuntamente aquilo que se codificou em separado.

Assim, codificar uma úlcera sangrante do estômago e, separadamente 578.9, hemorragia digestiva não especificada, é identificado como erro.

#### **4. CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS OPOSTOS EM SIMULTÂNEO**

código de R/N no registo da mãe [203]

códigos simultâneos de diabetes com e sem complicação [259]

códigos simultâneos de presença e ausência de prolapso uterino [266]

códigos simultâneos de prolapso vaginal completo e incompleto [273]

códigos simultâneos de úlcera com e sem obstrução [280]

diagnóstico de intoxicação e causa externa de efeito adverso [427]

Mensagens emitidas nos registos em que se codificaram duas situações contraditórias. Por exemplo, codificar 650, parto normal, e qualquer outro diagnóstico do Capítulo 11, da Obstetrícia, é uma não conformidade em relação à CID-9-MC.

#### **5. CÓDIGOS DE PROCEDIMENTOS OPOSTOS EM SIMULTÂNEO**

episiotomia simples (e) associada a forceps ou ventosa [511]

parto normal e complicado simultaneamente [756]

verificar codificação de parto assistido e por cesariana simultaneamente [889]

#### **6. CÓDIGOS DUPLICADOS**

código de diagnóstico duplicado [77]

código de diagnóstico principal duplicado [105]

código de procedimento duplicado [168]

Mensagens que assinalam a duplicação de códigos da CID-9-MC no mesmo registo. Em princípio, apenas pode fazer sentido repetir os códigos de procedimento no bloco operatório a que correspondam duas cirurgias separadas, ou procedimentos cirúrgicos bilaterais.

Não foi criada (ainda) mensagem para a duplicação de causas externas porque, inicialmente, só se codificava uma causa externa, e agora o programa Integrador exige, para cada diagnóstico de efeito adverso, intoxicação, lesão, complicação de cuidados médicos... uma causa externa, mesmo que seja a mesma (repetida) para todos os diagnósticos.

#### **7. CONFLITO DE DIAGNÓSTICO**





angina de peito associada a diagnóstico de enfarte agudo miocárdio [26]  
AVC associado a doença vascular cerebral mais específica [29]  
código de maternidade no registo do R/N [126]  
código de morfologia sem diagnóstico de neoplasia [154]  
código de R/N no registo da mãe [203]  
códigos simultâneos de diabetes com e sem complicação [259]  
códigos simultâneos de presença e ausência de prolapso uterino [266]  
códigos simultâneos de prolapso vaginal completo e incompleto [273]  
códigos simultâneos de úlcera com e sem obstrução [280]  
diagnóstico adicional inaceitável [366]  
diagnóstico de intoxicação e causa externa de efeito adverso [427]  
insuficiência cardíaca esquerda associada a insuficiência direita [647]  
parto normal e complicado simultaneamente [756]  
registo com parto referenciado, diagnóst. com 5º dígito incoerente [812]  
síndrome coronário intermediário associado a enfarte ag. miocárdio [865]  
validar morfologia de metástase e diagn. neoplasia ou vice versa [878]  
verificar diagnóstico principal em adulto com GDH de recém-nascido [891]  
verificar sequenciação síndr.coronár.interm. vs ateroscl.coronária [863]

Conjunto de todas as mensagens que assinalam uma situação de conflito evidente em relação aos diagnósticos codificados.

Estão englobadas, entre outras, as associações indevidas e os diagnósticos opostos em simultâneo.

## 8. CONFLITO DE PROCEDIMENTO

combinação errada de pacemaker e terminais [294]  
episiotomia sem codificação do procedimento do parto [504]  
episiotomia simples (e) associada a forceps ou ventosa [511]  
GDH 468 (Procedimentos Extensos BO n/relacionados c/diagn.Princ.) [567]  
GDH 476 (Procedimento Prostático BO n/relacionado c/diagn.Princ.) [588]  
GDH 477 (Procedimento não extenso BO n/relacionado c/diagn.Princ.) [595]  
inserção de stent coronário sem angioplastia coronária [637]  
inserção/remoção de pacemaker sem terminais ou vice-versa [630]  
parto referenciado em mulher sem diagnóstico de maternidade [763]  
procedimento de redução sem diagnóstico de fractura [791]  
procedimento de redução sem diagnóstico de luxação [798]  
procedimento no bloco operatório sem nenhum diagnóstico relacionad [805]  
sutura de órgão sem diagnóstico da lesão respectiva [875]  
verificar codificação de parto assistido e por cesariana simultaneamente [889]

Conjunto de todas as mensagens que assinalam contradições entre procedimentos e diagnósticos, combinações erradas de determinados códigos de procedimentos, e o grupo





de GDHs (468, 476 e 477) em que os procedimentos não se relacionam com o diagnóstico principal.

## 9. DATAS INVÁLIDAS

conflito de data de admissão [301]  
conflito de data de alta [308]  
conflito de idade [322]  
data da cirurgia preenchida sem procedimento no BO [353]  
data de admissão inválida; impossível validar a idade [343]  
data de alta inválida [350]  
data de nascimento inválida; impossível validar a idade [357]  
erro na sequência das datas de transferência [525]  
impossível validar os limiares (datas inválidas) [623]  
procedimento no bloco operatório: falta a data da cirurgia [808]

Opção que agrupa as mensagens emitidas em relação às datas contidas em cada registro. Referem-se às datas propriamente ditas, por serem inválidas ou à relação entre elas, por serem inconsequentes.

## 10. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL QUESTIONÁVEL (ADMISS/MANIF/SINT)

admissão questionável - diagnóstico principal [21]  
diagnóstico principal inaceitável clinicamente [455]  
diagnóstico principal inespecífico [462]  
efeito tardio como diagnóstico principal [497]  
manifestação como diagnóstico principal [721]  
requer diagnóstico adicional [861]  
sintoma como diagnóstico principal [868]  
verificar diagnóstico principal em adulto com GDH de recém-nascido [891]

Mensagens baseadas no diagnóstico principal, emitidas sempre que este não é apropriado: por ser questionável, inaceitável, um sintoma, uma *manifestação* de outra doença, um código (qualificativo de) efeito tardio em vez da sequência, etc.

## 11. ERROS DE CARDIOLOGIA

angina de peito associada a diagnóstico de enfarte agudo miocárdio [26]  
aterosclerose das extremidades e gangrena em codificação múltipla [28]  
AVC associado a doença vascular cerebral mais específica [29]  
circulação extracorporal e hipotermia/cardioplegia/PM operatório [31]  
combinação errada de pacemaker e terminais [294]



história de EAM associada a doença cardíaca isquémica actual [620]  
inserção de stent coronário sem angioplastia coronária [637]  
inserção/remoção de pacemaker sem terminais ou vice-versa [630]  
insuficiência cardíaca em codificação múltipla [644]  
insuficiência cardíaca esquerda associada a insuficiência direita [647]  
síndrome coronário intermediário associado a enfarte ag. miocárdio [865]  
verificar sequenciação síndr.coronár.interm. vs ateroscl.coronária [863]

É o conjunto das mensagens que se baseiam nas regras de codificação do capítulo da Cardiologia, tanto no que se refere aos diagnósticos como aos procedimentos.

## 12. ERROS DE MATERNIDADE / RECÉM-NASCIDOS

código de maternidade no registo do R/N [126]  
código de R/N no registo da mãe [203]  
complicações de abortamento em codificação múltipla [297]  
diagnóstico com parto referenciado, mas parto (proc.) n/codificado [378]  
diagnóstico de parto por forceps ou ventosa sem o proc. respectivo [439]  
episiotomia sem codificação do procedimento do parto [504]  
episiotomia simples (e) associada a forceps ou ventosa [511]  
GDH 469 (Diagnóstico Principal não válido como diagnóstico alta) [574]  
imaturidade extrema: verificar o peso registado [621]  
incoerência entre o peso registado na BD e o peso codificado  
parto normal e complicado simultaneamente [756]  
parto referenciado em mulher sem diagnóstico de maternidade [763]  
peso à nascença inválido [770]  
prematuridade: verificar o peso registado [788]  
registo com parto referenciado, diagnóst. com 5º dígito incoerente [812]  
registo com parto referenciado, falta o diagnóstico e o produto [819]  
registo com parto referenciado, falta o procedimento e o produto [823]  
registo com parto referenciado, falta o produto do parto [826]  
registo com produto do parto, falta o diagnóstico e o procedimento [833]  
verificar codificação de parto assistido e por cesariana simultaneamente [889]  
verificar não codificação de obstrução em má posição/apresentação [890]  
verificar sequenciação dos códigos de obstetrícia [895]  
verificar sequenciação dos códigos de obstrução e de má apresentação [900]

São todas as mensagens do menu que incidem nos casos de obstetrícia e de recém-nascidos, uma área que em alguns casos, merece atenção.

## 13. ERROS NAS CAUSAS EXTERNAS

código de causa externa em branco [35]



código de causa externa incompleto (4º dígito em falta) [42]  
código de causa externa inválido: erro no 4º dígito [49]  
código de causa externa não encontrado (categoria inexistente) [56]  
código de causa externa no local dos diagnósticos [63]  
diagnóstico de complicação: causa externa não codificada [385]  
diagnóstico de ef.adv/compl/ef.tard/intox./traum.: c.ext. n/relac. [392]  
diagnóstico de ef.tard.cuid.medic.: causa externa não codificada [395]  
diagnóstico de efeito adverso: causa externa não codificada [399]  
diagnóstico de efeito de radiações: causa externa não codificada [403]  
diagnóstico de efeito tardio: causa externa não codificada [406]  
diagnóstico de intoxicação e causa externa de efeito adverso [427]  
diagnóstico de intoxicação: causa externa não codificada [420]  
diagnóstico de maus tratos: causa externa não codificada [437]  
diagnóstico de queimadura: causa externa não codificada [445]  
diagnóstico de traumatismo: causa externa não codificada [448]  
só codificado o local da ocorrência, falta c.ext. da circunstância [871]  
verificar causa externa accidental de queimadura de órgão interno [888]

Uma das áreas em que as versões 3.10 e 3.12 do Auditor incidiram preferencialmente: o complemento entre os diagnósticos que necessitam de causa externa (lesões, intoxicações, efeitos adversos, efeitos tardios, maus tratos e complicações) e os convenientes códigos de causa externa.

#### **14. FALHAS DE CODIFICAÇÃO (C.EXT/DIAGN/PROC/MORFOL/OUTROS)**

código de causa externa em branco [35]  
código de diagnóstico principal em branco [112]  
código de morfologia sem diagnóstico de neoplasia [154]  
data da cirurgia preenchida sem procedimento no BO [353]  
diagnóstico com parto referenciado, mas parto (proc.) n/codificado [378]  
diagnóstico de complicação: causa externa não codificada [385]  
diagnóstico de ef.tard.cuid.medic.: causa externa não codificada [395]  
diagnóstico de efeito adverso: causa externa não codificada [399]  
diagnóstico de efeito de radiações: causa externa não codificada [403]  
diagnóstico de efeito tardio: causa externa não codificada [406]  
diagnóstico de fractura sem procedimento de redução [413]  
diagnóstico de intoxicação: causa externa não codificada [420]  
diagnóstico de luxação sem procedimento de redução [434]  
diagnóstico de maus tratos: causa externa não codificada [437]  
diagnóstico de parto por forceps ou ventosa sem o proc. respectivo [439]  
diagnóstico de queimadura sem especificação da área queimada [441]  
diagnóstico de queimadura: causa externa não codificada [445]  
diagnóstico de traumatismo: causa externa não codificada [448]  
episiotomia sem codificação do procedimento do parto [504]



imaturidade extrema: verificar a não codificação das semanas de gestação [621]  
inserção de stent coronário sem angioplastia coronária [637]  
inserção/remoção de pacemaker sem terminais ou vice-versa [630]  
internamento prolongado sem CCs (complic./comorbil.) assinaladas [707]  
não há procedimentos registados [735]  
número de doente/episódio em branco [742]  
parto referenciado em mulher sem diagnóstico de maternidade [763]  
prematuridade: verificar a não codificação das semanas de gestação [787]  
procedimento de redução sem diagnóstico de fractura [791]  
procedimento de redução sem diagnóstico de luxação [798]  
procedimento no bloco operatório sem nenhum diagnóstico relacionad [805]  
procedimento no bloco operatório: falta a data da cirurgia [808]  
registo com parto referenciado, falta o diagnóstico e o produto [819]  
registo com parto referenciado, falta o procedimento e o produto [823]  
registo com parto referenciado, falta o produto do parto [826]  
registo com produto do parto, falta o diagnóstico e o procedimento [833]  
requer diagnóstico adicional [861]  
só codificado o local da ocorrência, falta c.ext. da circunstância [871]  
sutura de órgão sem diagnóstico da lesão respectiva [875]  
verificar não codificação de obstrução em má posição/apresentação [890]  
verificar não codificação de ventilação em GDH de traqueostomia [893]

Situações em que, a partir da informação disponível, seria de esperar mais algum código de diagnóstico, procedimento, causa externa ... ou data, mas esse código não existe ou essa data não foi registada.

## **15. MENSAGENS DUPLICAÇÃO / LIMIARES / INESPECIFICIDADE / CCs**

agrupamento (GDH, GCD ou descrição) difer. (entre 2 versões HCFA) [23]  
código de diagnóstico duplicado [77]  
código de diagnóstico principal duplicado [105]  
código de procedimento duplicado [168]  
código de procedimento no Bloco Operatório inespecífico [196]  
diagnóstico adicional inespecífico [368]  
diagnóstico de efeito adverso inespecífico (995.2) [401]  
diagnóstico principal inespecífico [462]  
GDH de ambulatório não constante na Portaria do D.R. [598]  
GDH inconsistente com o Tempo de Internamento [602]  
GDH que mudaria com a presença de CC / Complicação do Parto [609]  
internamento abaixo do [no] limiar inferior [658]  
internamento abaixo do limiar inferior (doente falecido) [665]  
internamento abaixo do limiar inferior (doente transferido) [672]  
internamento abaixo do limiar inferior (procedimento n/realizado) [679]  
internamento abaixo do limiar inferior (saída contra parecer médico [686]



internamento acima do limiar máximo do GDH [693]  
internamento acima do limiar superior do GDH [700]  
internamento prolongado sem CCs (complic./comorblil.) assinaladas [707]  
internamento prolongado, diagnóstico de caso social [714]  
não há procedimentos registados [735]  
possível situação de ambulatório no internamento [784]  
registo de Bebé [840]  
verdadeiro GDH de ambulatório conforme a Portaria do D.R. [882]

São todas as mensagens emitidas pelo programa que não traduzem, à partida, qualquer anomalia e que, numa primeira auditoria queremos ignorar: que o tempo de internamento está acima ou abaixo dum limiar, que o GDH é ou não de ambulatório ou que mudaria com um CC, que o agrupamento para facturação é diferente do outro, etc.

Apesar de terem valor em si mesmas, e servirem para controlo de qualidade, não constituem erros e não são o objectivo essencial de auditoria: podem ser excluídas deliberadamente duma selecção.

## 16. OUTROS CÓDIGOS (SEXO / TIPO DE ADMISSÃO / DESTINOS) INVÁLIDOS

a idade registada (xxx anos) e a idade calculada (yyy) são difer. [7]  
a idade registada (xxx) é inválida [14]  
código de destino após a alta (xx) inválido [70]  
código de motivo de transferência (x) inválido [157]  
código de outros destinos (xx) inválido [161]  
código de sexo (x) inválido [210]  
código de tipo de admissão inválido [217]  
conflito de sexo [336]  
incoerência entre o peso registado na BD e o peso codificado [634]  
número de doente/episódio em branco [742]  
peso à nascença inválido [770]  
peso preenchido em registo de "não Recém-Nascido" [777]

Mensagens referentes às outras informações codificadas na base de dados para além dos códigos da CID-9-MC: a idade, o sexo, o tipo de admissão, os números de doente e de episódio, o peso e os destinos após a alta.

## 17. Outras selecções isoladas

Ficam ainda disponíveis outras opções de selecção que, não correspondendo directamente a mensagens emitidas pelo programa (não há nenhuma mensagem que diga "este é um registo de bebé" ou "este é um registo com GDH 476") são úteis em determinadas circunstâncias e que agora se salientam:



GDH 468  
GDH 469  
GDH 470  
GDH 476  
GDH 477  
Registo de Bebê

A possibilidade de listar apenas os registos agrupados nos GDH 468, 469, 470, 476 e 477 destina-se à selecção de casos de erro (GDH 469 e GDH 470) ou de casos com procedimentos no bloco operatório sem relação com o diagnóstico principal que, apesar de não necessariamente traduzirem erro, carecem de confirmação.

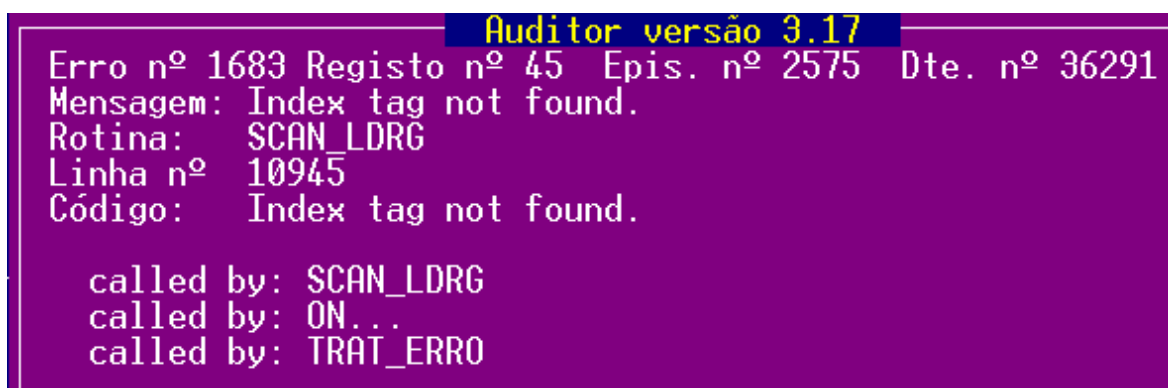
## 15. Tratamento dos erros do programa

Pode acontecer que o utilizador venha a defrontar-se com uma situação de excepção, por alteração do ambiente de funcionamento da aplicação, que resulte na impossibilidade de execução normal do programa.

Para obviar essas situações foi criada uma rotina de erros cuja função é definir, o mais exaustivamente possível, as circunstâncias que originaram a situação de excepção.

Alguns erros poderão ser resolvidos pelo pessoal de informática de cada hospital. Caso contrário, a informação relativa à situação de erro deverá ser comunicada ao IGIF para que seja analisada e, eventualmente, corrigida numa versão posterior do programa Auditor.

Apresenta-se aqui, para servir de ilustração, uma janela de erro:



```
Auditor versão 3.17
Erro nº 1683 Registo nº 45 Epis. nº 2575 Dte. nº 36291
Mensagem: Index tag not found.
Rotina: SCAN_LDRG
Linha nº 10945
Código: Index tag not found.

called by: SCAN_LDRG
called by: ON...
called by: TRAT_ERRO
```

Fig. 15.1 – Exemplo de um erro do programa, exibido na janela de erros.

O título da janela, neste caso “**Auditor versão 3.17**”, identifica qual a versão do programa em que o erro aconteceu.

A primeira linha da janela identifica o código do **Erro** (neste caso, 1683), o número do **Registo** que estava a ser auditado (45), o número do **Episódio** de internamento (2575) e o número do **Doente** respectivo (36291).

Estas informações são importantes para interpretar determinados erros que dependem das características do registo (dentro da base de dados).

A segunda linha apresenta a **Mensagem** que o FoxPro emitiu: neste caso “Index tag not found”. Um erro deste tipo pode ser suficientemente explícito: o programa ia aplicar uma ordenação a um determinado ficheiro e essa ordenação (*index*) não foi encontrada.

A terceira linha, identifica a **Rotina** interna do programa em que o erro aconteceu (neste caso, SCAN\_LDRG).

A quarta linha aponta a **Linha** do programa que originou o erro (neste caso 10945).

A linha seguinte, a quinta, deveria identificar o **Código** fonte (da linha de programação) que estava em execução. Mas tal não acontece quando não está disponível a *source* do programa, uma vez que ela não é distribuída. Em vez disso é repetida a Mensagem de erro.

Seguem-se uma ou mais linhas **called by**, descrevendo a cadeia de rotinas, chamadas em sucessão, em que está inserida a rotina identificada na terceira linha.

São essencialmente o Código e a Mensagem de erro que poderão permitir um esclarecimento e uma correcção da situação de erro. De qualquer modo, e sempre que possível, todas as informações da janela de erro deveriam ser comunicadas ao IGIF para esclarecimento da situação.

Depois do registo dessas informações (eventualmente até com um *Print Screen*), poder-se-á tentar ultrapassar a situação. Deixam-se aqui algumas sugestões:

1. Indexar os ficheiros (ver na Secção 8, Configuração, o ponto 8.12 de Re-indexação dos ficheiros);
2. Rever a definição do directório para os ficheiros temporários (ver na Secção 8, Configuração, o ponto 8.1 Directório para ficheiros temporários);
3. Rever a configuração do atalho de arranque do programa, em especial a especificação do *codepage* no ficheiro *bacth* de comandos;



## 16. Lançamento e execução de uma auditoria / listagem



## 17. Perguntas mais frequentes

**Porque é que procedimentos cirúrgicos inespecíficos (como 46.10 Colostomia, sem outra especificação) nem sempre originam a mensagem “código de procedimento no Bloco Operatório inespecífico [196]”?**

Porque esta condição só é reportada se só houver um procedimento codificado ou, existindo mais, todos os procedimentos realizados tiverem sido codificados como inespecíficos.

**Porque é que nem todos os registos em que não foi codificado qualquer procedimento merecem a mensagem “não há procedimentos registados [735]”?**

Porque esta mensagem só é emitida quando um registo, para além de não ter códigos de procedimentos, não se refere à admissão duma parturiente imediatamente após o parto (situação em que o procedimento do parto aconteceu antes da admissão), não é um registo de recém-nascido (é normal que os recém-nascidos saudáveis não precisem de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos), tem um tempo de internamento superior a três dias (é necessário “algum tempo” para realizar os procedimentos), não tem um diagnóstico de procedimento não realizado (está justificado), e não termina por saída contra parecer médico (foi o doente que não aceitou o tratamento), por transferência para outro hospital (o procedimento vai ser realizado noutro lado) ou por óbito (não houve lugar à execução dum procedimento esperado);



## Anexo 1 - Glossário

**agrupamento** - ... oficial ... para facturação

**campo** -

**categoria** - código de diagnóstico com três dígitos; código de procedimento com dois dígitos;

**CID-9-MC** - Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica

**código** - conjunto de dígitos, ou de letras e dígitos, que representa um valor dentro dum sistema de classificação (ou de codificação) ao qual corresponde uma descrição, termo ou entidade desse mesmo sistema de classificação;

**CMS** - Centers for Medicare and Medicaid Services (sistema de saúde americano onde se utiliza a CID-9-MC, GDHs e um SPP;

**diagnóstico principal** - a condição que, após o estudo [do doente], se considerou ser principalmente responsável por [ocasionar] a admissão do doente no hospital para receber cuidados [de saúde].

definido no *Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS)* e

referido nas *Official ICD-9-CM Guidelines for Coding And Reporting Inpatient Services*

**DRG** - Diagnosis Related Group

**GCD** - Grande Categoria Diagnóstica

**GDH** - Grupo de Diagnóstico Homogéneo

**HCFA** - Health Care and Financing Administration (organização percursora dos CMS; ver mais acima)

**hospital de agudos** -

**ICD-9-CM** - International Classification of Diseases, 9<sup>th</sup> Revision, Clinical Modification

**MDC** - Major Diagnostic Category

**NCOP** - Não Classificável em Outra Parte

**NOS** - Not Otherwise Specified

**SOE** - Sem Outra Especificação

**SPP** - Sistema de Pagamento Prospectivo

**subcategoria** - código de diagnóstico com quatro dígitos; código de procedimento com três dígitos;

**subclassificação** - código de diagnóstico com cinco dígitos; código de procedimento com quatro dígitos;



## Anexo 2 - Lista e descrição das mensagens

**A idade registada (x ano(s)) e a idade calculada (y ano(s)) são diferentes [7]**

**A idade registada (x ano(s)) e a idade calculada (y mês(es)) são diferentes [7]**

**A idade registada (x ano(s)) e a idade calculada (y dia(s)) são diferentes [7]**

- o resultado do cálculo da idade, baseado no intervalo entre a data de admissão *ent1* e a data de nascimento *b\_date*, é diferente do valor da idade registada no campo *age*.

**A idade registada (xxx) é inválida [14]**

- o valor registado no campo *age* não tem um valor numérico, ou tem um valor inferior a 0 (zero) ou superior a 124 (anos).

**Admissão questionável - diagnóstico principal [21]**

- registo cujo diagnóstico principal não é habitualmente justificação suficiente para admissão num hospital de agudos;
- estes diagnósticos, listados no Edit 8 dos *Medicare Code Edits* (ver Anexo 3), estão assinalados de algum modo na lista tabular das edições da CID-9-MC.  
Exemplos:

**380.4 Cerumen impactado**

(designação em fundo cinza)

(St. Anthony Publishing/Medicode ingenix Companies ICD-9-CM Expert for Hospitals)

**Q 401.1 Hipertensão essencial benigna**

(letra Q e código em fundo rosa) (HCIA Annotated ICD-9-CM)

**796.2 Leitura de pressão arterial elevada sem diagnóstico de hipertensão**

(designação em fundo rosa) (St. Anthony's Illustrated ICD-9-CM Code Book 1998)

- a informação relativa a estes códigos é obtida a partir do campo *ctrl* (valores entre 48 e 63) da tabela **NDGW.DBF**, e da tabela auxiliar **QUESTION.DBF** (registos com *tipo* = 1).
- mensagem considerada crítica (tem que ser confirmada);

**agrupamento (GDH, GCD ou descrição) diferente [23]**

- o GDH, a GCD ou as respectivas descrições são diferentes nas versões de agrupamento oficial e de agrupamento para efeitos de facturação;

- acontece nos casos em que o agrupador instalado nos hospitais é mais recente do que o agrupador em que se baseia a portaria do D.R. em vigor (ver Anexo 10);

#### **Angina de peito associada a diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio [26]**

- no registo em análise coexistem um diagnóstico de angina de peito (códigos CID-9-MC 413.0, 413.1 e 413.9) e um diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio (códigos CID-9-MC 410.xx);
- segundo as *Guidelines* para *Coding and Sequencing of Angina and Coronary Heart Disease*, publicadas no *Coding Clinic*, 5<sup>th</sup> Issue 1993, págs. 17-24:
  - se um doente é admitido com angina e os procedimentos diagnósticos demonstrarem que a angina é devida a aterosclerose coronária, estenose aórtica ou qualquer outra doença cardíaca, será a doença cardíaca o diagnóstico principal, devido ao seu impacto no tratamento do doente;
  - se um doente for admitido com angina sintomática (que evolui para) ou (que depois de estudo se verifica apresentar) um enfarte agudo do miocárdio, deverá ser este último o diagnóstico principal, e não se atribui código adicional à angina, uma vez que esta é uma parte inerente da condição;
- mensagem considerada crítica;

#### **Aterosclerose das extremidades e gangrena em codificação múltipla [28]**

- no registo em análise coexistem um diagnóstico de aterosclerose das extremidades e um diagnóstico de gangrena, e essa associação não está em conformidade com a subcategoria 440.2 que prevê subclassificações para aterosclerose das extremidades com gangrena;
- mensagem considerada crítica;

#### **AVC associado a doença vascular cerebral mais específica [29]**

- registo em que coexiste o código 436 - Doença vascular cerebral aguda mas mal definida, e qualquer dos códigos de doença vascular cerebral especificada: 430, 431, 432, 433, 434, 435 e 437
- o *Coding Clinic* do 4<sup>th</sup> Quarter 1993, pág. 27, chama a atenção para a nota que existe na categoria 436 excluindo qualquer condição classificável nas categorias 430 a 435, precisamente aquelas onde a doença vascular cerebral é categorizada;
- ver também as *Guidelines* para *Cerebrovascular accident (CVA)* no *Coding Clinic* do 4<sup>th</sup> Quarter 1993, págs. 38-39;

#### **choque séptico, complicação de abortamento, em codificação múltipla [297]**





- num mesmo registo coexistem o código de o choque séptico (785.59) e pelo menos um código de abortamento (634-639), o que não está conforme as regras que mandam codificar o choque séptico associado ao aborto, gravidez ectópica e molar no capítulo 11. Complicações da gravidez, parto e puerpério (630-677) (*Official ICD-9-CM Guidelines for Coding and Reporting - 7. Septicemia and Septic Shock*);

#### **circulação extracorporal e hipotermia/cardioplegia/pacemaker per-operatório [31]**

- registo em que coexiste o código 39.61 - circulação extracorporal auxiliar à cirurgia de coração aberto, e qualquer dos códigos seguintes: 39.62 - hipotermia (sistémica) incidental à cirurgia de coração aberto, 39.63 - cardioplegia, e 39.64 - pacemaker cardíaco intra-operatório (*Guidelines para Auxiliary procedures to heart surgery. Coding Clinic 1<sup>st</sup> Quarter 1995*, págs. 5-6)
- os três últimos códigos referem-se a procedimentos considerados como fazendo parte integral do primeiro, 39.61, pelo que não devem ser codificados em conjunto com ele;

#### **código de categoria de morfologia por corrigir [224]**

- o código de morfologia utilizado termina em "X", o que significa que estava errado mesmo a nível da categoria (de quatro dígitos), na altura da recolha do registo, e que o processo foi devolvido ao médico codificador para correcção;

#### **código de causa externa em branco [35]**

- o campo da causa externa, *causad*, contém apenas a letra E, em vez do código numérico esperado;
- esta mensagem foi criada para assinalar as deficiências de exportação a partir do Integrador e consequente importação para o MasterDB, que aconteceram nos primeiros anos a seguir à distribuição do Integrador e de que resultaram perdas várias neste código;

#### **código de causa externa incompleto (4º dígito em falta) [42]**

- um dos códigos de causa externa, *causad*, *causad1*, *causad2* ... *causad19*, é inválido porque lhe falta o 4º dígito;
- mensagem justificada pelas falhas detectadas quer na exportação do Integrador, que na importação dos ficheiros para o MasterDB;
- mensagem considerada crítica;

#### **código de causa externa inválido: erro no 4º dígito [49]**

- código de causa externa em que é reconhecida uma categoria (de três dígitos) válida mas em que o quarto dígito utilizado não existe na CID-9-MC;
- mensagem considerada crítica;

**código de causa externa inválido: erro no 4º dígito (código por corrigir) [224]**

- encontrado um código de causa externa em que o quarto dígito está preenchido com um "X" (correspondente a um registo inicialmente recolhido com erros, e que aguarda correcção por parte do codificador);

**código de causa externa não encontrado (categoria inexistente) [56]**

- código de causa externa inexistente na CID-9-MC, mesmo a nível de categoria (de três dígitos);
- mensagem considerada crítica;

**código de causa externa não encontrado (categoria inexistente) (código por corrigir) [224]**

- encontrado um código de causa externa que termina em "X" (correspondente a um registo inicialmente recolhido com erros, e que aguarda correcção por parte do médico codificador);

**código de Causa Externa no local dos diagnósticos [63]**

- código de causa externa iniciado, por "E" ou "e", encontrado num campo em que era de esperar um código de diagnóstico (*ddx1, ddx2 ... ddx20*);

**código de destino após a alta (xx) inválido [70]**

- o valor encontrado no campo *dsp* não é numérico, ou não é um dos valores permitidos, a saber:
  - 1 para o domicílio
  - 2 transferido para outro hospital de agudos
  - 6 para o serviço domiciliário
  - 7 saída contra parecer médico
  - 20 falecido

**código de diagnóstico duplicado [77]**

- um dos diagnósticos secundários (*ddx2, ddx3 ... ddx20*) está duplicado;

**código de diagnóstico incompleto (4º ou 5º dígitos em falta) [84]**

- o código de diagnóstico (principal ou secundário) encontrado existe na CID-9-MC mas necessita dum quarto e/ou quinto dígito para ser válido;
- mensagem considerada crítica;

**código de diagnóstico inválido: erro no 4º dígito [91]**

**código de diagnóstico inválido: erro no 4º e 5º dígitos [91]**

**código de diagnóstico inválido: erro no 5º dígito [91]**

- o código de diagnóstico encontrado existe na CID-9-MC a nível da categoria (de três dígitos) ou da subcategoria (de quatro dígitos) mas não com o 4º e/ou o 5º dígito(s) utilizado(s);
- mensagens consideradas críticas;

**código de diagnóstico inválido: erro no 4º e 5º dígitos (código por corrigir) [224]**

**código de diagnóstico inválido: erro no 5º dígito (código por corrigir) [224]**

- encontrado um código de diagnóstico em que o quinto dígito está preenchido com um "X" (correspondente a um registo inicialmente recolhido com erros, e que aguarda correcção por parte do codificador);

**código de diagnóstico não encontrado (categoria inexistente) [98]**

- o código de diagnóstico (principal ou secundário) encontrado não existe na CID-9-MC, mesmo a nível de categoria (de três dígitos);
- mensagem considerada crítica;

**código de diagnóstico principal duplicado [105]**

- o código do diagnóstico principal está duplicado num ou mais dos diagnósticos secundários;
- mensagem considerada crítica;

**código de diagnóstico principal em branco [112]**

- o campo do diagnóstico principal, *ddx1*, não está preenchido ou seja, não contém qualquer código de diagnóstico;
- uma vez que este é um dos campos fundamentais para agrupamento em GDHs, esta situação só pode resultar da deficiente utilização das aplicações dos GDHs (LDRG, Integrador), de corrupção dos dados, ou de falhas na exportação / importação de ficheiros;

**código de diagnóstico principal inválido: erro no 4º dígito [119]**

**código de diagnóstico principal inválido: erro no 4º e 5º dígitos [119]**

**código de diagnóstico principal inválido: erro no 5º dígito [119]**

- o código do diagnóstico principal presente no campo **ddx1** do registo em análise não é válido na CID-9-MC, devido quer ao quarto quer ao quinto dígitos utilizados;
- mensagem considerada crítica;

**código de maternidade no registo do R/N [126]**

- num registo, reconhecido como sendo de "bebé", foi detectado um código de diagnóstico próprio de "mãe";
- um registo é considerado de bebé com base na seguinte avaliação:
  - um ponto por cada código de diagnóstico considerado pela CID-9-MC como sendo de recém-nascido;
  - dois pontos quando a idade calculada em meses for inferior a um;
  - um ponto quando a idade em dias for inferior a 365,25 (um ano)
- a informação da classificação de códigos da CID-9-MC relativa à maternidade consta do Edit 4 dos *Medicare Code Edits* (ver Anexo 3) e é obtida a partir do campo **ctrl** da tabela **NOPW.DBF**;
- mensagem considerada crítica;

**código de morfologia incompleto (5º dígito em falta) [133]**

- o código de morfologia encontrado não é válido na CID-9-MC sem um necessário quinto dígito;
- mensagem considerada crítica;

**código de morfologia inválido: erro no 5º dígito [140]**

- o código de morfologia encontrado é inválido com o quinto dígito utilizado, apesar de a categoria (de quatro dígitos) existir;
- mensagem considerada crítica;

**código de morfologia não encontrado (categoria inexistente) [147]**

- o código de morfologia encontrado não existe, mesmo considerando apenas a categoria (de quatro dígitos);
- mensagem considerada crítica;

**código de morfologia por corrigir [224]**

- o código de morfologia utilizado termina em "X", o que significa que estava errado na altura da recolha do registo, tendo ficado assinalado deste modo, e que o processo foi devolvido ao médico codificador para correcção;

**código de morfologia sem diagnóstico de neoplasia [154]**

- foi codificada no registo em análise uma morfologia de neoplasia, mas não existe qualquer código de neoplasia;
- os códigos de diagnósticos da CID-9-MC que são considerados de neoplasia são os contidos na série **140. a 239.** que define o **Capítulo 2. Neoplasias**;
- mensagem considerada crítica;

**código de motivo de transferência (x) inválido [157]**

- o código do motivo de transferência, presente no campo *mot\_transf*, não é um dos valores válidos, a saber:
  - 1 para realização de exames
  - 2 para seguimento
  - 3 por falta de recursos
  - 4 para tratamento de condição associada
- mensagem considerada crítica;

**código de outros destinos (x) inválido [161]**

- o código de outros destinos após a alta, contido no campo *dsp\_outr*, não é numérico ou não é um dos valores considerados válidos:
  - 0 (não preenchido)
  - 3 para a consulta externa
  - 4 para outro hospital de não agudos
  - 5 outro destino não especificado
- mensagem considerada crítica;

**código de procedimento duplicado [168]**

- um dos códigos de procedimento está repetido;
- mensagem considerada crítica (tem que ser confirmada!)

**código de procedimento incompleto (3º ou 4º dígito em falta) [175]**

- o código de procedimento utilizado não é válido na CID-9-MC sem o(s) necessário(s) terceiro e/ou quarto dígito;
- mensagem considerada crítica;

**código de procedimento inválido: erro no 3º dígito [182]**

**código de procedimento inválido: erro no 3º e 4º dígitos [182]**

**código de procedimento inválido: erro no 4º dígito [182]**

- o código de procedimento utilizado não é válido com o terceiro e/ou quarto dígitos utilizados, apesar de a categoria (de dois dígitos) existir na CID-9-MC;



- mensagem considerada crítica;

**código de procedimento inválido: erro no 4º dígito (código por corrigir) [224]**

- encontrado um código de procedimento em que o quarto dígito está preenchido com um "X" (correspondente a um registo inicialmente recolhido com erros, e que aguarda correcção por parte do médico codificador);
- mensagem considerada crítica;

**código de procedimento não encontrado (categoria inexistente) [189]**

- o código de procedimento utilizado não existe na CID-9-MC, mesmo a nível de categoria (de dois dígitos);
- mensagem considerada crítica;

**código de procedimento no Bloco Operatório inespecífico [196]**

- o código de procedimento utilizado é considerado como não tendo a especificidade (detalhe de informação) necessária;
- esta condição só é reportada se todos os procedimentos realizados tiverem sido codificados como inespecíficos;
- esta informação, definida no Edit 10 do *Medicare Code Edits* (ver Anexo 3), está codificada no campo *ctrl* da tabela de procedimentos **NOPW.DBF**, e aparece assinalada na lista tabular das edições da CID-9-MC de modos distintos. Alguns exemplos:

**44.00 Vagotomia, não especificada de outro modo**

(código sobre fundo verde) (HCIA Annotated ICD-9-CM)

**53.00 Reparação unilater. hérnia inguinal, não especificada de outro modo**

(designação sobre fundo amarelo)

(St. Anthony Publishing/Medicode ingenix Companies ICD-9-CM Expert for Hospitals)

**86.60 Enxerto de pele, não especificado de outro modo**

(designação sobre fundo amarelo) (St. Anthony's Illustrated ICD-9-CM Code Book 1998)

**código de R/N no registo da mãe [203]**

- no registo em análise, considerado como relativo à mãe, foi detectado um código de recém-nascido;
- um registo é considerado como pertencente à mãe (parturiente) com base na seguinte avaliação:
  - um ponto por cada código de diagnóstico de maternidade;
  - dois pontos se o sexo for feminino e idade calculada em anos estiver entre 12 e 55 anos;

- a informação relativa aos diagnósticos de maternidade, listada no Edit 4 do *Medicare Code Edits* (ver Anexo 3), é obtida a partir do campo *ctrl* da tabela **NDGW.DBF**;
- mensagem considerada crítica;

#### **código de sexo (x) inválido [210]**

- o valor encontrado no campo *sex* não é válido, quer por não ser numérico, quer por não se enquadrar nos dois valores possíveis:
  - 1 sexo masculino
  - 2 sexo feminino
- esta validação corresponde ao Edit 16 dos *Medicare Code Edits* (ver Anexo 3);
- falta saber o que acontece nos casos em que o Integrador aceita o código 3 de intersexo (...);

#### **código de tipo de admissão inválido [217]**

- a informação presente no campo *adm\_tip* não corresponde a nenhuma das consideradas válidas:
  - 1 programada
  - 2 não programada
  - 3 programa de promoção do acesso
  - 4 PECLEC

#### **códigos simultâneos de diabetes com e sem complicação [259]**

- num mesmo registo foi encontrado um código de diabetes sem complicações (250.0x) e um código de diabetes com complicações (250.1x, 250.2x ... 250.9x, diabetes, ou 251.0, coma hipoglicémico);
- mensagem considerada crítica;

#### **códigos simultâneos de presença e ausência de prolapso uterino [266]**

- num mesmo registo coexistem códigos de prolapso uterino (618.1, 618.2, 618.3 e 618.4) e de prolapso genital sem menção de prolapso uterino (618.0);
- mensagem considerada crítica;

#### **códigos simultâneos de prolapso vaginal completo e incompleto [273]**

- num mesmo registo foram encontrados códigos de diagnóstico codificando prolapso vaginal completo (618.3) e incompleto (618.2);
- mensagem considerada crítica;

**códigos simultâneos de úlcera com e sem obstrução [280]**

- num mesmo registo foram encontrados códigos de uma mesma úlcera (531 - gástrica, 532 - duodenal, 533 - péptica ou 534 - gastro-jejunal) com (53x.x1) e sem (53x.x0) obstrução;

**combinação errada de pacemaker e terminais [294]**

- os códigos relativos a um pacemaker não se enquadram nas associações correctas;
- a definição das combinações correctas entre os códigos de inserção/substituição/remoção e revisão de pacemaker (37.8x) e de inserção/revisão/substituição e remoção de terminais de pacemaker (37.70, 37.71, 37.72, 37.73, 37.74, 37.75, 37.76 e 37.77) encontra-se descrita na tabela de referência do início do Apêndice E - Procedure Code / DRG index, do *DRGs Definitions Manual*;
- mensagem considerada crítica;

**complicações de abortamento em combinação múltipla [297]**

- num mesmo registo coexistem códigos de abortamento (634-638), que funcionam como códigos de combinação para as complicações, e o código 639. Complicações subsequentes a abortamento e gravidez ectópica e molar, o que não está de acordo com as regras de codificação (*Official ICD-9-CM Guidelines for Coding and Reporting - 5.8 Abortions, C.*);
- mensagem considerada crítica;

**confirmada a mensagem: xxx**

- existe um registo de confirmação da mensagem **xxx** relativo ao número de episódio de internamento constante no registo em análise;
- ver na Secção 9, Configuração, o significado, como configurar, e como utilizar esta opção de confirmação de mensagens;

**conflito de data de admissão [301]**

- a data de entrada existente no campo *ent1* do registo em análise é anterior à data de nascimento presente no campo *b\_date* do mesmo registo;

**conflito de data de alta [308]**

- a data de alta existente no campo *saidlast* do registo em análise é anterior à data de admissão presente no campo *ent1* do mesmo registo;

**conflito de idade [322]**



- foi detectada uma inconsistência entre a idade registada no campo **age** e um determinado código de diagnóstico ou de procedimento;
- a informação relativa à idade possível na utilização de cada código de diagnóstico ou de procedimento está listada no Edit 4 dos *Medicare Code Edits* (ver Anexo 3) e armazenada no campo **ctrl** das tabelas de diagnósticos e de procedimentos, respectivamente **NDGW.DBF** e **NOPW.DBF**;
- cada edição da CID-9-MC utiliza a sua convenção para assinalar o limite de idade relativo determinados códigos. Exemplos:

código de recém-nascido (idade inferior a 1 ano):

**766.0      Síndrome de aspiração de mecónio** **N** (letra N)  
(St. Anthony Publishing/Medicode ingenix Companies ICD-9-CM Expert for Hospitals)

código pediátrico (idade inferior a 17 anos):

**751.61      Atrésia biliar** **P**  
(letra P) (HCIA Annotated ICD-9-CM)

código de maternidade (idade entre 12 e 55 anos):

**657      Polihidrámnios** ♀ **A: 12-55**  
(St. Anthony's Illustrated ICD-9-CM Code Book 1998)

código de adulto (idade entre 15 e 124 anos):

**412      Enfarte antigo do miocárdio** **A: 15-124**  
(St. Anthony Publishing Premier ICD-9-CM Code Book 1999-2000)

- mensagem considerada crítica (tem que ser confirmada!);

### **conflito de sexo [336]**

- inconsistência entre o código registado no campo **sex** (1 para masculino e 2 para feminino) e um determinado código de diagnóstico ou de procedimento presente no mesmo registo;
- a informação relativa à limitação de sexo de determinados códigos de diagnósticos e de procedimentos aparece discriminada no Edit 5 dos *Medicare Code Edits* (ver Anexo 3), e é obtida a partir do campo **ctrl** das tabelas **NDGW.DBF** e **PW.DBF**;
- a lista tabular das várias edições da ICD-9-CM assinada de alguma maneira esta informação. Por exemplo:

**√5<sup>th</sup> 752.6      Hipospádias e epispádias e outras anomalias penianas** ♂  
(St. Anthony Publishing Premier ICD-9-CM Code Book 1999-2000)

### **data da cirurgia preenchida sem procedimento no BO [353]**

- foi registada a data da primeira cirurgia, mas não há nenhum código de procedimento que a CID-9-MC considere de realização no BO;

- são exemplos o preenchimento da data da cirurgia nos casos de parto com episiotomia (73.6), reduções fechadas de fractura (ex.: 79.02 – redução fechada de fractura do rádio e do cúbito), e procedimentos endoscópicos não considerados de realização no BO (ex.: 59.8 – cateterização ureteral)

#### **data de admissão inválida; impossível validar a idade [343]**

- a data de admissão registada no campo *ent1* não é válida, quer por estar em branco quer por conter um conjunto de dígitos ou caracteres que não definem uma data possível;
- não é possível, por isso, validar a idade (calculada a partir das datas de admissão e de nascimento);

#### **data de alta inválida [350]**

- a data de alta registada no campo *saidlast* não é válida, quer por estar em branco quer por conter um conjunto de dígitos ou caracteres que não definem uma data possível;

#### **data de nascimento inválida; impossível validar a idade [357]**

- a data de nascimento registada no campo *b\_date* não é válida, quer por estar em branco quer por conter um conjunto de dígitos ou caracteres que não definem uma data possível;
- não é possível, por isso, validar a idade (calculada a partir das datas de admissão e de nascimento);

#### **diagnóstico adicional inaceitável [483]**

- foi detectado um diagnóstico nos campos *ddx2*, *ddx3* ... *ddx20*, cuja codificação apenas é aceitável como diagnóstico principal;
- a informação relativa aos diagnósticos adicionais inaceitáveis foi publicada no *Coding Clinic*, e é obtida a partir da tabela auxiliar **QUESTION.DBF** (tipo 9);

<i>code</i>	<i>name</i>	<i>excepção</i>
V20.x	Supervisão de saúde de bebé ou criança	
V22.0	Supervisão da primeira gravidez normal	
V22.1	Supervisão de gravidez normal (excepto a primeira)	
V24.x	Exame e cuidados após o parto	
V29.x	Observação e avaliação de R/N e bebés por condição suspeita não confirmada	a)
V3x.xx	Recém-nascidos vivos	
V58.0	Admissão para radioterapia	b)
V58.1	Admissão para quimioterapia	
V58.3	Admissão para cuidados com pensos e suturas de cirurgia	
V58.5	Admissão para ortodôncia	
V59.xx	Admissão de dadores	
V66.x	Convalescença e cuidados paliativos	c)
V68.x	Contactos para fins administrativos	
V70.x	Exame médico geral	



V71.xx	Observação e avaliação por condições suspeitas não confirmadas
V72.0	Exame dos olhos e da visão
V72.1	Exame dos ouvidos e da audição
V72.2	Exame dentário
V72.3	Exame ginecológico
V72.4	Exame ou teste de gravidez não confirmada
V72.7	Testes diagnósticos cutâneos e de sensibilização
V72.81	Exame cardiovascular pré-operatório
V72.82	Exame respiratório pré-operatório
V72.83	Exame pré-operatório especificado, NCOP
V72.84	Exame pré-operatório não especificado
V72.85	Exame especificado, não classificável em outra parte
V72.9	Exame não especificado

- Excepções:
- a) V29.x pode ser secundário de V3x.xx
  - b) V58.0 e V58.1 podem ser secundários um do outro
  - c) V66.7 só pode ser secundário

- publicação da *V Code Table* no Coding Clinic:
  - 1<sup>st</sup> Quarter 1996
  - 4<sup>th</sup> Quarter 1998
  - 4<sup>th</sup> Quarter 2000, pág. 57
  - 4<sup>th</sup> Quarter 2002
- mensagem considerada crítica;

#### **diagnóstico adicional inespecífico [490]**

- o código de diagnóstico secundário, em análise, corresponde a um diagnóstico que, embora válido na CID-9-MC, não possui a especificidade desejada em termos de informação clínica;
- são diagnósticos habitualmente "não especificados de outro modo" ou "sem outra especificação";
- não é emitida esta mensagem para alguns diagnósticos secundários (por exemplo para o código 412. Enfarte antigo do miocárdio), conforme registo na tabela auxiliar **QUESTION.DBF** (tipo 8);
- ver também informação em "**diagnóstico principal inespecífico**";

#### **diagnóstico com parto referenciado, mas parto (proc.) não codificado [378]**

- no registo em análise, que não se refere (provavelmente) a um recém-nascido, foi detectado um código de diagnóstico (que não de admissão) que referencia um parto e há registo do produto do parto (V27.x) mas não foi codificado o procedimento do parto;
- ver abaixo, em "**registo com parto referenciado, falta o procedimento e o produto**", os diagnósticos que definem parto;
- mensagem considerada crítica;

#### **diagnóstico de complicação: causa externa não codificada [385]**

- no registo em análise existe um diagnóstico de complicação de cuidados médicos ou cirúrgicos (código entre 996. e 999.), mas a causa externa respectiva não foi codificada;
- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de complicação: verificar causa externa [392]**

- foi codificado um diagnóstico de complicação de cuidados médicos ou cirúrgicos (código entre 996. e 999.) mas, entre a(s) causa(s) externa(s) codificada(s) não foi detectada nenhuma relativa a reacção anormal (E878. a E879) ou a azar (E870. a E876.);
- mensagem considerada crítica (tem que ser confirmada);

**diagnóstico de efeito adverso: causa externa não codificada [399]**

- foi codificado um diagnóstico inquestionável de efeito adverso (códigos 693.0, 995.0, 995.1, 995.2, 995.3, 995.4 e 995.6) mas não foi codificada qualquer causa externa;
- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de efeito adverso: verificar causa externa [392]**

- foi codificado um diagnóstico inquestionável de efeito adverso (códigos 995.0, 995.1, 995.2, 995.3, 995.4 e 995.6) mas, entre a(s) causa(s) externa(s) codificada(s) não foi detectada nenhuma relativa a efeitos adversos em uso terapêutico (E930. a E949.);
- mensagem considerada crítica (tem que ser confirmada);

**diagnóstico de efeito adverso inespecífico (995.2) [401]**

- foi codificado um diagnóstico de efeito adverso inespecífico (“reacção adversa”), daqueles para os quais, no internamento, devia ser possível encontrar registo da manifestação que permitiu fazer o diagnóstico.
- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de efeito de radiações: causa externa não codificada [444]**

- foi codificado um diagnóstico de efeitos não especificados de radiações (código 990.) mas não foi codificada qualquer causa externa;
- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de efeito de radiações: verificar causa externa [392]**

- foi codificado um diagnóstico de efeitos não especificados de radiações (código 990.) mas, entre a(s) causa(s) externa(s) codificada(s) não foi detectada nenhuma relativa à exposição a radiações (E926.x);
- mensagem considerada crítica (tem que ser confirmada);

**diagnóstico de ef.tard.cuid.médic.: causa externa não codificada [395]**

- foi codificado um diagnóstico de efeitos tardios de complicações de cuidados médicos ou cirúrgicos (código 909.3) mas não foi codificada nenhuma causa externa;

**diagnóstico de ef.tard.cuid.médic.: verificar causa externa [392]**

- foi codificado um diagnóstico de efeitos tardios de complicações de cuidados médicos ou cirúrgicos (código 909.3) mas, entre a(s) causa(s) externa(s) codificada(s), não foi detectada nenhuma relativa a reacção anormal (E878. a E879) ou a azar (E870. a E876.) relacionadas com cuidados médicos ou cirúrgicos;

**diagnóstico de efeito tardio: causa externa não codificada [406]**

- foi codificado um diagnóstico de efeito tardio de lesão, envenenamento, intoxicação ou de outras causas externas (códigos entre 905. e 909.) mas não codificada nenhuma causa externa, o que não está de acordo com as regras de codificação (*Official ICD-9-CM Guidelines for Coding and Reporting - 11.8 Late effects of external cause guidelines, B.*);
- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de efeito tardio: verificar causa externa [392]**

- foi codificado um diagnóstico de efeito tardio de lesão, envenenamento, intoxicação ou de outras causas externas (códigos entre 905. e 909.) mas, entre a(s) causa(s) externa(s) codificada(s), não foi detectada nenhuma relativa a efeitos tardios (códigos E8929.x, E959., E969., E977., E989, ou E999.)

**diagnóstico de fractura (x) sem procedimento de redução [413]**

- foi codificado um diagnóstico de fractura dos membros (códigos entre 810.00 e 829.9) e não existe o (esperado e respectivo) código de redução de fractura;
- mensagem considerada crítica (tem que ser confirmada);

**diagnóstico de intoxicação: causa externa não codificada [420]**

- foi codificado um diagnóstico de intoxicação (códigos entre 960.x e 989.x) mas não foi codificada nenhuma causa externa;

- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de intoxicação: verificar causa externa [392]**

- foi codificado um diagnóstico de intoxicação (códigos entre 960.x e 989.x) mas, entre a(s) causa(s) externa(s) codificada(s), não foi detectada nenhuma relativa a intoxicação (códigos E850.x a E869.x, E905.x, E950.x a E952.x, E962.x, ou E980.x a E982.x);

**diagnóstico de intoxicação e causa externa de efeito adverso [420]**

- foi identificado um diagnóstico de intoxicação (códigos entre 960.x e 989.x) e a causa externa codificada diz respeito a um efeito adverso em uso terapêutico (E930. a E949.);
- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de luxação (x) sem procedimento de redução [434]**

- foi identificado um diagnóstico de luxação dos membros (códigos 830.0 a 839.9) e não existe o (esperado e respectivo) código de redução de luxação;
- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de maus tratos adulto: causa externa não codificada [437]**

- foi codificado um diagnóstico de maus tratos de adulto (códigos 995.80 a 995.85) mas não foi codificada nenhuma causa externa;
- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de maus tratos adulto: falta a causa ext. intenção [437]**

- foi codificado um dos diagnósticos de maus tratos de adulto (códigos 995.84 e 995.85) mas não foi codificada a solicitada causa externa da intenção;
- ver lista tabular;
- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de maus tratos adulto: falta a causa ext. natureza agressão [437]**

- foi codificado um dos diagnósticos de maus tratos de adulto (códigos 995.81 e 995.85) mas não foi codificada a solicitada causa externa da natureza da agressão;
- ver lista tabular;
- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de maus tratos adulto: falta a causa ext. perpetrador [437]**



- foi codificado um dos diagnósticos de maus tratos de adulto (códigos 995.80 a 995.85) mas não foi codificada a solicitada causa externa identificando o perpetrador;
- ver lista tabular;
- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de maus tratos adulto: verificar causa externa [392]**

- foi codificado um diagnóstico de maus tratos de adulto (códigos 995.80 a 995.85) mas, entre a(s) causa(s) externa(s) codificada(s), não foi codificada nenhuma relativa à identificação do perpetrador (códigos E967.x), à natureza dos maus tratos (códigos E960.x a E968.x) e/ou à intenção (códigos E904.0 e E968.4);

**diagnóstico de maus tratos criança: causa externa não codificada [437]**

- foi codificado um diagnóstico de maus tratos de criança (códigos 995.5x) mas não foi codificada nenhuma causa externa;

**diagnóstico de maus tratos criança: falta a causa ext. natureza agressão [437]**

- foi codificado um dos diagnósticos de maus tratos de criança (códigos 995.50 a 995.59) mas não foi codificada a solicitada causa externa da natureza da agressão;
- ver lista tabular;

**diagnóstico de maus tratos criança: falta a causa ext. perpetrador [437]**

- foi codificado um dos diagnósticos de maus tratos de criança (códigos 995.50 a 995.59) mas não foi codificada a solicitada causa externa identificando o perpetrador;
- ver lista tabular;

**diagnóstico de maus tratos criança: faltam causas ext. perpetrador e natureza agressão [437]**

- foi codificado um dos diagnósticos de maus tratos de criança (códigos 995.50 a 995.59) mas não foram codificadas as solicitadas causas externas identificando o perpetrador e a natureza da agressão;
- ver lista tabular;

**diagnóstico de maus tratos criança: verificar causa externa [392]**

- foi codificado um diagnóstico de maus tratos de criança (códigos 995.5x) mas, entre a(s) causa(s) externa(s) codificada(s), não foi detectada nenhuma relativa

à natureza dos maus tratos (códigos E960.x a E968.x) e/ou à identificação do perpetrador (códigos E967.x);

**diagnóstico de parto por fórceps ou ventosa sem o procedimento respectivo [439]**

- foi codificado um diagnóstico (669.5x) indicando ter havido um parto por fórceps ou por ventosa, mas não foi encontrado nenhum código para o procedimento respectivo;
- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de queimadura: causa externa não codificada [445]**

- foi codificado um diagnóstico de queimadura (códigos entre 940.x e 949.x) mas não há registo da causa externa da mesma;
- mensagem considerada crítica;
- os códigos de causa externa que satisfazem requisitos atribuíveis a queimaduras são os seguintes:

<i><b>código</b></i>	<i><b>descrição</b></i>
E860.x	Intoxicação accidental por álcool, NCOP NB: inclui queimadura química
E861.x	Intoxicação accidental por agentes de limpeza e de polimento, desinfectantes, tintas e vernizes
E862.x	Intoxicação accidental por derivados do petróleo, outros solventes e seus vapores, NCOP
E863.x	Intoxicação accidental por preparações químicas e farmacêuticas utilizadas na agricultura e na horticultura, excepto nutrientes para as plantas e fertilizantes
E864.x	Intoxicação accidental por corrosivos e cáusticos NCOP
E874.4	Falha na dosagem de terapia de electrochoque ou de choque insulínico
E873.4	Temperatura inapropriada [demasiado quente ou demasiado fria] em aplicação local ou tamponamento
E879.3	Reacção anormal a terapia de choque
E890-E899	Acidentes causados por fogo e chamas
E900.x	Calor excessivo
E901.x	Frio excessivo
E919.x	Acidentes causados por maquinaria NB: inclui queimado por
E921.x	Acidente causado por explosão de recipiente pressurizado
E922.x	Acidente causado por arma de fogo e míssil de pistola de ar
E923.x	Acidente causado por material explosivo
E924.x	Acidente causado por substância ou objecto quente, material



	cáustico ou corrosivo, e vapor
E925.x	Acidente causado pela corrente eléctrica
E926.x	Exposição a radiação
E950.7	Suicídio e lesão auto-infligida por substâncias corrosivas e cáusticas
E955.x	Suicídio e lesão auto-infligida por armas de fogo, pistolas de ar e explosivos
E958.1	Suicídio e lesão auto-infligida por queimaduras, fogo
E958.4	Suicídio e lesão auto-infligida por electrocussão
E965.x	Agressão por armas de fogo e explosivos
E968.0	Agressão por fogo
E968.3	Agressão por líquido quente
E970.	Lesão devida a intervenção legal com armas de fogo
E971.	Lesão devida a intervenção legal com explosivos
E979.x	Terrorismo

**diagnóstico de queimadura sem especificação da área queimada [441]**

- foi codificado um diagnóstico de queimadura (códigos entre 940.x e 949.x) e, não se tratando de órgãos internos (códigos 947.x), faltou identificar a área das queimaduras (códigos 948.xx);
- mensagem considerada crítica (tem que ser confirmada);

**diagnóstico de traumatismo: causa externa não codificada [448]**

- foi codificado um diagnóstico de traumatismo (códigos 800.00 a 904.9, 910.0 a 939.9, 950.0 a 959.9, e 991.0 a 994.9) mas não foi codificada qualquer causa externa;
- mensagem considerada crítica;

**diagnóstico de traumatismo: verificar causa externa [392]**

- foi codificado um diagnóstico de traumatismo (códigos 800.00 a 904.9, 910.0 a 939.9, 950.0 a 959.9, e 991.0 a 994.9) mas, entre a(s) causa(s) externa(s) codificada(s), não foi detectada nenhuma relativa a lesão accidental, auto-infligida, com intenção homicida, legal ou indeterminada (códigos E800.x a E848., E880.0 a E928.9, E953.0 a E978., e E983.0 a E999.);

**diagnóstico principal inaceitável clinicamente [455]**

- o código do diagnóstico principal, presente no campo **ddx1**, corresponde a um diagnóstico que descreve uma circunstância que influencia o estado de saúde dum indivíduo mas que não constitui uma doença ou lesão actual, pelo que não é aceitável como diagnóstico principal;

- a informação relativa aos diagnósticos considerados inaceitáveis como principais consta do Edit 9 dos *Medicare Code Edits* (ver Anexo 3), e é obtida a partir do campo **ctrl** (valores entre 48 e 63) da tabela **NDGW.DBF** e da informação existente na tabela auxiliar **QUESTION.DBF** (*tipo ...*);
- A secção *Additional Only* da *V Code Table* publicada no *Coding Clinic* 4<sup>th</sup> Quarter 2000, lista parte destes códigos;
- a lista tabular da CID-9-MC também apresenta convenções assinalando estes diagnósticos. Por exemplo:

**798.1**      **Morte instantânea** (designação em fundo cinza)  
(St. Anthony Publishing/Medicode Ingenix Companies ICD-9-CM Expert for Hospitals)

- mensagem considerada crítica (tem que ser confirmada);

#### **diagnóstico principal inespecífico [462]**

- o código do diagnóstico principal, presente no campo **ddx1**, corresponde a um diagnóstico que, embora válido na CID-9-MC, não possui a especificidade desejada em termos de informação clínica; são diagnósticos habitualmente "não especificados de outro modo" ou "sem outra especificação";
- esta mensagem só é emitida se o doente tiver alta vivo (já que, no caso de óbito, pode não ter sido possível a especificação dum diagnóstico principal mais preciso);
- a informação relativa aos diagnósticos considerados inespecíficos quando principais encontra-se listada no Edit 7 dos *Medicare Code Edits* (ver Anexo 3), e é obtida a partir do campo **ctrl** (valores entre 32 e 47) da tabela **NDGW.DBF** e da informação existente na tabela auxiliar **QUESTION.DBF** (tipo 5);
- estes diagnósticos também aparecem identificados de algum modo na lista tabular das edições da CID-9-MC. por exemplo:

**099.9**      **Doença venérea, não especificada** (descrição sobre fundo amarelo)  
(St. Anthony Publishing/Medicode ingenix Companies ICD-9-CM Expert for Hospitals)

#### **diagnóstico principal sugerindo outros diagnóstico não codificados [476]**

- o código do diagnóstico principal, presente no campo **ddx1**, corresponde a um diagnóstico com o qual é necessário estar-se absolutamente seguro de que todas as complicações e diagnósticos adicionais também estão codificados; isto acontece quando este é um diagnóstico principal num episódio em que não há nenhum procedimento no Bloco Operatório;
- esta informação aparecia na lista tabular das edições da HCIA através dum rectângulo verde sobre o código do diagnóstico. Por exemplo:

**569.82**      **Ulceração do intestino**

(código sobre fundo verde) (HCIA Annotated ICD-9-CM)

- NB: esta mensagem está actualmente desactivada;

#### **efeito tardio como diagnóstico principal [497]**

- o código do diagnóstico principal é um código de efeito tardio, o que, de acordo com as normas de codificação, constitui uma não conformidade; (*Official ICD-9-CM Guidelines for Coding And Reporting - 1.7 Late Effect; 2.10 Residual condition or nature of late effect; 5.9 Code 677, Late effect of complication of pregnancy, childbirth and the puerperium*);
- exceptuam-se os códigos de combinação 438.xx que, a partir de 1997, passaram a codificar conjuntamente a sequela e o efeito tardio de doenças vasculares cerebrais;
- a informação relativa aos códigos de diagnósticos de efeito tardio é obtida a partir da tabela auxiliar **QUESTION.DBF** (tipo 7);
- mensagem considerada crítica;

#### **episiotomia sem codificação do procedimento do parto [504]**

- no registo em análise foi codificado o procedimento de episiotomia mas não foi codificado o procedimento do parto;
- **NB:** nem o procedimento do parto é parte integral da episiotomia, nem todas as episiotomias são seguidas do mesmo procedimento (por exemplo, assistido manualmente, ventosa, cesariana, etc.) para que se possa omitir a codificação do procedimento do parto;
- mensagem considerada crítica;

#### **episiotomia simples e episiotomia associada a fórceps ou ventosa [511]**

- no registo em análise coexistem um código simples de episiotomia e um código de combinação da episiotomia com o fórceps ou a ventosa, e só este último deveria ter sido utilizado;
- mensagem considerada crítica;

#### **erro de recolha: código em minúsculas [518]**

- o código da CID-9-MC iniciado pela letra E ou pela letra V aparece incorrectamente em minúsculas;
- esta situação aconteceu nos primeiros anos de utilização do Integrador;

#### **erro na sequência das datas de transferência [525]**

- as datas de alta de um serviço do internamento e de entrada no Serviço seguinte, num registo em que existem transferências entre serviços, não estão por ordem cronológica;

#### **GDH 469 [574]**

- o registo em análise foi agrupado no **GDH 469, Diagnóstico principal não válido como diagnóstico de alta;**
- esta situação acontece quando o diagnóstico principal é do Capítulo 11, Complications of Pregnancy, Childbirth, and the Puerperium, e o quinto dígito utilizado é zero, de tal modo que o agrupador não consegue determinar se a situação é de pré-parto, parto, ou do puerpério, especificação essa necessária para a atribuição dum dos 15 GDHs existentes na GCD 14, Gravidez, Parto e Puerpério.
- situação de erro, considerada crítica;

#### **GDH 470 [581]**

- o registo em análise foi agrupado no **GDH 470, Não classificável;**
- esta situação resulta da falta de elementos indispensáveis à atribuição dum GDH correcto de acordo com o diagnóstico principal: ou este foi codificado com um código inválido na CID-9-MC, ou aponta para uma GCD em que é necessário o sexo, a idade ou o destino após a alta e estes elementos não estão registados, ou são inválidos.
- situação de erro, considerada crítica;

#### **GDH de ambulatório não constante na Portaria do D.R. [560]**

- o registo em análise tem as características típicas dum GDH de ambulatório, mas não consta da lista dos GDHs de ambulatório da última Portaria do D.R.;
- ver, mais abaixo, na mensagem " verdadeiro GDH de ambulatório conforme a Portaria do D.R.", o que define um GDH de ambulatório;

#### **GDH inconsistente com o Tempo de Internamento [602]**

- o registo em análise, agrupado num GDH de transplantes ou de Complicações e/ou Comorbilidades, tem um tempo de internamento inferior a 2 (dois) dias, e não se trata de um caso de transferência para outro hospital, de saída contra parecer médico, ou de óbito;

#### **hemorragia digestiva em codificação múltipla [616]**

- foi detectado um registo em que coexiste um código simples de hemorragia digestiva não especificada (578.9) e um código de combinação relativo a hemorragia digestiva (por exemplo, 456.0 - varizes esofágicas com

- hemorragia, 530.82 - hemorragia esofágica, 531.0x - úlcera gástrica aguda com hemorragia, etc.);
- os códigos de combinação relativos a hemorragia digestiva estão registados na tabela auxiliar **QUESTION.DBF** (tipo 3);
- mensagem considerada crítica;

#### **história de EAM associada a doença cardíaca isquémica actual [620]**

- foram utilizados no mesmo registo o código 412., de enfarte antigo do miocárdio, e um código de doença isquemia do coração (actual);
- esta associação, segundo o *ICD-9-CM Coding Handbook* de Faye Brown, seria erro;
- esta mensagem foi desactivada porque se considerou que a utilização do código 412. tem sempre valor informativo, não tendo sido encontrada nenhuma nota limitativa do seu uso, quer nas *Official Coding Guidelines*, quer no *Coding Clinic*;

#### **impossível validar os limiares (datas inválidas) [623]**

- no registo em análise pelo menos uma das duas datas, a de admissão, registada no campo *ent1*, ou a de alta, registada no campo *saidlast*, é inválida, pelo que não é possível calcular o tempo de internamento e, conseqüentemente, posicioná-lo em relação aos limiares de excepção (inferior, superior e máximo);

#### **incoerência entre o peso registado na BD e o peso codificado na CID-9-MC [634]**

- no mesmo registo coexistem um determinado peso de Recém-Nascido e um código de diagnóstico que assinala uma gama de peso diferentes;
- os códigos da CID-9-MC que assinalam o peso dos Recém-Nascidos são a categoria 764 e as subcategorias 765.0 e 765.1;

#### **inserção de stent coronário sem angioplastia coronária [637]**

- no registo em análise foi detectada a inserção dum stent coronário (código 36.06) mas não a angioplastia coronária percutânea transluminal (códigos 36.01, 36.02 ou 36.05) que é suposto ser necessária para a realizar;
- mensagem considerada crítica;

#### **inserção/remoção de pacemaker sem terminais ou vice-versa [630]**

- no registo em análise foi detectado um código de inserção inicial de pacemaker cardíaco (códigos 37.80, 37.81, 37.82 e 37.83), mas não um código (esperado) de inserção inicial de terminais (códigos 37.70, 37.71, 37.72, 37.73 e 37.74) ... ou vice-versa;

- mensagem considerada crítica;

#### **insuficiência cardíaca em codificação múltipla [644]**

- no registo em análise coexistem um diagnóstico simples de insuficiência cardíaca (código 428.0) e um código de combinação que inclui a insuficiência cardíaca (por exemplo, 398.91 - insuficiência cardíaca reumática (congestiva), 402.01 - doença cardíaca hipertensiva maligna com insuficiência cardíaca congestiva, etc.);
- os códigos de combinação relativos à insuficiência cardíaca estão registados na tabela auxiliar **QUESTION.DBF** (tipo 2);
- mensagem considerada crítica;

#### **insuficiência cardíaca esquerda associada a insuficiência direita [647]**

- no registo em análise coexistem os diagnósticos de insuficiência cardíaca esquerda (código 428.1) e de insuficiência cardíaca direita (códigos 398.91, 402.x1, 404.x1, 404.x3 e 428.0);
- mensagem considerada crítica;

#### **insuficiência renal em codificação múltipla [651]**

- no mesmo registo coexistem um diagnóstico simples de insuficiência (falência!) renal (códigos 585., 586. e 587.) e um ou mais códigos de combinação que incluem a insuficiência renal (por exemplo, 403.01 - doença renal hipertensiva maligna com insuficiência renal, 404.13 - doença cardíaca e renal hipertensiva benigna com insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal, 638.3 - tentativa falhada de abortamento complicada por insuficiência renal, etc.);
- os códigos de combinação relativos à insuficiência renal estão registados na tabela auxiliar **QUESTION.DBF** (tipo 4);
- mensagem considerada crítica;

#### **internamento abaixo do limiar inferior do GDH (x dia(s)) [658]**

- o tempo de internamento está abaixo do limiar inferior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, conforme publicação na coluna H da Portaria n.º 132/2003 do D.R.;

#### **internamento abaixo do limiar inferior do GDH (x dia(s)) (doente falecido) [665]**

- o tempo de internamento está abaixo do limiar inferior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, porque o episódio terminou em óbito do doente;

**internamento abaixo do limiar inferior do GDH (x dia(s)) (doente transferido) [672]**

- o tempo de internamento está abaixo do limiar inferior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, porque o episódio terminou por transferência do doente para outro estabelecimento de saúde com internamento;

**internamento abaixo do limiar inferior do GDH (x dia(s)) (proced. não realizado) [679]**

- o tempo de internamento está abaixo do limiar inferior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, porque o episódio terminou por não realização de determinado procedimento (médico ou cirúrgico);

**internamento abaixo do limiar inferior do GDH (x dia(s)) (saída contra parecer médico) [686]**

- o tempo de internamento está abaixo do limiar inferior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, porque o episódio terminou por saída do doente contra parecer médico [por exigência];

**internamento acima do limiar máximo do GDH (x dia(s)) [693]**

- o tempo de internamento está acima do limiar máximo estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, conforme publicação na coluna J da Portaria n.º 132/2003 do D.R.;

**internamento acima do limiar superior do GDH (x dia(s)) [700]**

- o tempo de internamento está acima do limiar superior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, conforme publicação na coluna I da Portaria n.º 132/2003 do D.R.;

**internamento no limiar inferior do GDH (x dia(s)) [658]**

- o tempo de internamento está no limiar inferior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, conforme publicação na coluna H da Portaria n.º 132/2003 do D.R.;

**internamento no limiar inferior do GDH (x dia(s)) (doente falecido) [665]**

- o tempo de internamento está no limiar inferior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, porque o episódio terminou em óbito do doente;

**internamento no limiar inferior do GDH (x dia(s)) (doente transferido) [672]**

- o tempo de internamento está no limiar inferior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, porque o episódio terminou por transferência do doente para outro estabelecimento de saúde com internamento;

**internamento no limiar inferior do GDH (x dia(s)) (proced. não realizado) [679]**

- o tempo de internamento está no limiar inferior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, porque o episódio terminou por não realização de determinado procedimento (médico ou cirúrgico);

**internamento no limiar inferior do GDH (x dia(s)) (saída contra parecer médico) [686]**

- o tempo de internamento está no limiar inferior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, porque o episódio terminou por saída do doente contra parecer médico [por exigência];

**internamento no limiar máximo do GDH (x dia(s)) [693]**

- o tempo de internamento coincide com o limiar máximo estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, conforme publicação na coluna M da Portaria n.º 132/2003 do D.R.;

**internamento no limiar superior do GDH (x dia(s)) [700]**

- o tempo de internamento coincide com o limiar superior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, conforme publicação na coluna I da Portaria n.º 132/2003 do D.R.;

**internamento prolongado sem CCs assinaladas [707]**

- o tempo de internamento está acima do limiar superior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, conforme publicação na coluna I da Portaria n.º 132/2003 do D.R., e não foi codificado qualquer diagnóstico reconhecido como um "caso social" e justificando o internamento prolongado;

**internamento prolongado, diagnóstico de caso social [714]**

- o tempo de internamento está acima do limiar superior estabelecido para o GDH em que o registo foi agrupado, conforme publicação na Portaria do D.R., mas foi codificado um diagnóstico assinalando um "caso social" (códigos V60.x, V61.x, V62.x e V63.x);



### **manifestação como diagnóstico principal [721]**

- o diagnóstico principal codificado é um diagnóstico definido na CID-9-MC como sendo uma manifestação de outra doença, sendo esta que deve ser sequenciada primeiro;  
(*Official ICD-9-CM Guidelines for Coding and Reporting - 1.6 Multiple Coding of diagnoses, B.; 2. Selection of Principal Diagnosis, 2.2 Codes in brackets*);
- a informação relativa a estes diagnósticos é listada no Edit 6 dos *Medicare Code Edits* (ver Anexo 3), e é obtida a partir do campo **ctrl** da tabela **NDGW.DBF**;
- as várias edições da CID-9-MC assinalam também estes diagnósticos de algum modo. Por exemplo:

**580.81**      **Glomerulonefrite aguda em doenças classificadas em outro lado**  
(St. Anthony Publishing/Medicode ingenix Companies ICD-9-CM Expert for Hospitals)

- mensagem considerada crítica;

### **não há procedimentos registados [735]**

- foi detectado um registo que:
  - não apresenta qualquer código de procedimento
  - não se refere a um bebé (recém-nascido)
  - não se refere à admissão duma parturiente imediatamente após o parto (código V24.0)
  - não faz referência a "procedimento não realizado" (códigos V64.1, V64.2 e V64.3)
  - apresenta um tempo de internamento superior a três dias
  - não apresenta um destino após a alta de saída por transferência, contra parecer médico, ou óbito;

### **número de doente/episódio em branco [742]**

- o campo **patno**, que deveria apresentar o número de doente (ou o número de episódio, no caso de alguns hospitais e antes da utilização do Integrador), apresenta o valor 0 [não está preenchido];

### **o GDH mudaria com a presença duma Complicação/Comorbilidade ... [609]**

- o registo em análise, agrupado num GDH sem CCs, faz parte dum par de GDHs cuja distinção é, precisamente, a presença ou a ausência dum diagnóstico de Complicação e/ou Comorbilidade;

**o GDH mudaria com a presença duma Complicação do parto ... [609]**

- o registo em análise, com o GDH 373 - Parto vaginal sem diagnóstico de complicação, seria agrupado no GDH 372 na presença dum dos diagnósticos definidos como complicando o parto;
- estes diagnósticos estão listados no *DRGs Definitions Manual*, no grupo de "diagnósticos principais ou secundários complicando o parto" que definem o GDH 372, e estão incluídos na tabela **QUESTION.DBF** com o *tipo* 10;

**parto normal e complicado (pelo produto do parto) simultaneamente [756]**

- o registo em análise apresenta o código de diagnóstico 650., de parto normal, e um código de produto do parto que se refere a outra situação que não a dum recém-nascido vivo e único, o que não está de acordo com as regras de codificação (*Official ICD-9-CM Guidelines for Coding and Reporting - 5.5 Normal Delivery, 650, D.*)
- mensagem considerada crítica;

**parto normal e complicado (por diagnóstico) simultaneamente [756]**

- o registo em análise apresenta o diagnóstico de parto normal (código 650.) e um outro diagnóstico do Capítulo 11. Complicações da gravidez, parto e puerpério (códigos 630. a 676.);
- a proibição do uso simultâneo destes códigos está expressa na nota da categoria 650. Parto normal, e na alínea C do ponto 5.5 das *Official ICD-9-CM Guidelines for Coding and Reporting for Inpatient Services*;

**parto normal e complicado (por procedimento) simultaneamente [756]**

- o registo em análise apresenta o diagnóstico de parto normal (código 650.) e um procedimento que traduz algum tipo de complicação: códigos a seguir indicados:

código	designação
<b>72.x</b>	<b>Fórceps, ventosa e extracção de nádegas</b>
<b>73.1</b>	<b>Indução cirúrgica do parto, NCOP</b>
<b>73.2x</b>	<b>Versão interna e combinada, e extracção</b>
<b>73.3</b>	<b>Fórceps falhado</b>
<b>73.8</b>	<b>Operações no feto para facilitar o parto</b>
<b>73.9x</b>	<b>Operações para assistir o parto, NCOP</b>
<b>74.x</b>	<b>Incisão de cesariana e remoção do feto</b>

**parto referenciado em mulher sem diagnóstico de maternidade [763]**

- foi utilizado um procedimento que refere parto mas não há registo dum código de parto normal (650.), ou de admissão imediatamente após o parto (V24.0), ou de gravidez ectópica e molar (códigos entre 630. e 633.9), ou de abortamento (634.00 a 639.9) ou, finalmente, de gravidez em geral (códigos entre 640.xx e 676.94);
- os procedimentos que foram definidos no programa Auditor como referindo parto são os seguintes:

código	designação
<b>72.x</b>	<b>Fórceps, ventosa e extracção de nádegas</b>
<b>73.1</b>	<b>Indução cirúrgica do parto, NCOP</b>
<b>73.22</b>	<b>Versão interna ou combinada, com extracção</b>
<b>73.5x</b>	<b>Parto assistido manualmente</b>
<b>73.8</b>	<b>Operações no feto para facilitar o parto</b>
<b>73.9x</b>	<b>Operações para assistir o parto, NCOP</b>
<b>74.0</b>	<b>Incisão clássica de cesariana</b>
<b>74.1</b>	<b>Incisão de cesariana cervical baixa</b>
<b>74.2</b>	<b>Incisão de cesariana extraperitoneal</b>
<b>74.4</b>	<b>Incisão de cesariana de tipo especificado NCOP</b>
<b>74.99</b>	<b>Incisão de cesariana de tipo não especificado, NCOP</b>

- mensagem considerada crítica;

#### **peso à nascença inválido: xg [770]**

- o valor registado no campo *birth\_wgt*, que se pretende armazene o peso do recém-nascido, é inferior a 499 ou superior a 9251 [gramas], ou, na presença do código de diagnóstico **765.01 - Imaturidade extrema**, é inferior a 401 [gramas];
- mensagem considerada crítica;

#### **peso preenchido (xg) em registo de "não Recém-Nascido" [777]**

- num registo em que o código presente no campo *ddx1*, do diagnóstico principal, não é da série V30.00 a V39.2), o valor registado no campo *birth\_wgt* é superior a zero;
- esta mensagem é uma forma de assinalar possíveis erros administrativos em que o diagnóstico principal dum recém-nascido (V3x.xx) é recolhido no campo do diagnóstico de admissão e o segundo diagnóstico é recolhido no campo do diagnóstico principal, ou de recolha de um outro valor (por exemplo do código do destino após a alta) no campo do peso do recém-nascido;
- mensagem considerada crítica;

**possível situação de ambulatório no internamento [784]**

- o registo em análise satisfaz os requisitos para ser considerado de ambulatório (ver definição, mais abaixo, em "**verdadeiro GDH de ambulatório conforme a Portaria do D.R.**"), mas não apresenta qualquer código de procedimento do Bloco Operatório;
- a informação relativa aos procedimentos considerados como de realização no Bloco Operatório está listada no Apêndice E do *DRGs Definitions Manual* e é obtida a partir do campo *ctrl* da tabela **NOPW:DBF**;

**prematuridade: verificar o peso registado [788]**

- num registo de prematuro, cujo peso varia normalmente entre 1000 e 2499 gramas, foi recolhido um peso fora destes limites;
- os códigos da CID-9-MC de prematuridade são os da subcategoria 765.1;

**prematuridade: verificar a não codificação das semanas de gestação [787]**

- num registo de prematuro não foram codificadas com código adicional as semanas de gestação, conforme solicitação da lista tabular;
- os códigos da CID-9-MC de prematuridade são os da subcategoria 765.1;

**procedimento de redução (x) n/relacionável c/diagnóstico de fractura [791]**

- foi detectado um procedimento de redução de fractura não especificada, mas não foi encontrado um diagnóstico de fractura com ele relacionável;
- a redução (x) pode referir-se a:

procedimento de redução	possíveis códigos de fractura
79.x0 osso SOE	827.x, 828.x, 829.x

**procedimento de redução (x) n/relacionável c/diagnóstico de luxação [798]**

- foi detectado um procedimento de redução de luxação, mas não foi encontrado um diagnóstico de luxação com ele relacionável;
- a redução (x) pode referir-se a:

procedimento de redução	possíveis códigos de luxação
79.70, 79.80 articulação SOE	

**procedimento de redução (x) sem diagnóstico de fractura [791]**

- foi detectado um procedimento de redução de fractura, mas não foi encontrado o diagnóstico da respectiva fractura;
- a redução (x) pode referir-se a:

procedimento de redução	possíveis códigos de fractura
79.x1 úmero	812.xx
79.x2 rádio/cúbito	813.xx
79.x3 carpo/metacarpo	814.xx, 815.xx
79.x4 falanges da mão	816.xx, 817.x
79.x5 fémur	820.xx, 821.xx
79.x6 tíbia/perónio	823.xx, 824.xx
79.x7 tarso/metatarso	825.xx
79.x8 falanges do pé	826.x
79.x9 osso NCOP	810., 811, 818., 819., 822

- mensagem considerada crítica (tem que ser confirmada);

#### **procedimento de redução (x) sem diagnóstico de luxação [798]**

- foi detectado um procedimento de redução de luxação, mas não foi encontrado o diagnóstico da respectiva luxação;
- a redução (x) pode referir-se a:

procedimento de redução	possíveis códigos de luxação
79.71, 79.81 ombro	831.xx
79.72, 79.82 cotovelo	832.xx
79.73, 79.83 punho	833.xx
79.74, 79.84 mão/dedo da mão	834.xx
79.75, 79.85 anca	835.xx
79.76, 79.86 joelho	836.xx
79.77, 79.87 tornozelo	837.x
79.78, 79.88 pé/dedo do pé	838.xx
79.79, 79.89 articulação NCOP	839.xx,

- mensagem considerada crítica (tem que ser confirmada);

#### **procedimento no bloco operatório: falta a data da cirurgia [808]**

- no registo em análise foi assinalado um procedimento considerado pela CID-9-MC como de realização no Bloco Operatório, mas a data de cirurgia não foi preenchida;
- mensagem considerada crítica (tem que ser confirmada);

#### **procedimento no bloco sem nenhum diagnóstico relacionado [805]**

- foi codificado um procedimento no Bloco Operatório e, utilizando os diagnósticos definidores das Grandes Categorias Diagnósticas (GCD) para que



ele aponta (conforme o Apêndice E do *DRGs Definitions Manual*), não foi identificado nenhum diagnóstico com que possa ser relacionado;

- antes da emissão desta mensagem é ainda pesquisada a tabela **RECURSO.DBF** na tentativa de identificar uma possível relação procedimento - diagnóstico; presentemente esta tabela contém 515 associações entre procedimentos e diagnósticos;
- a informação relativa aos procedimentos considerados como de realização no Bloco Operatório está assinalada de algum modo nas várias edições da ICD-9-CM. Por exemplo:

#### 06.4

##### **Tiroidectomia total**

(St. Anthony's Illustrated ICD-9-CM Code Book 1998)

#### 36.11

##### **Bypass aortocoronário de uma artéria coronária**

(St. Anthony Publishing/Medicode ingenix Companies ICD-9-CM Expert for Hospitals)

- dentro do programa Auditor a informação dos procedimentos do Bloco Operatório é extraída do campo *ctrl* da tabela **NOPW:DBF**;

#### **registo com parto referenciado, diagnóstico com 5º dígito incoerente [812]**

- o registo em análise tem códigos de procedimento referenciando um parto, mas o(s) quinto(s) dígito(s) do(s) código(s) de diagnóstico de obstetrícia não referenciam ter havido parto no episódio de internamento em questão;
- ver acima em "**parto referenciado em mulher sem diagnóstico de maternidade**" como está definido o procedimento de parto dentro do programa Auditor;
- mensagem considerada crítica;

#### **registo com parto referenciado, falta o diagnóstico e o produto do parto [819]**

- no registo em análise foi identificado um código de procedimento que referencia parto, mas não identificado qualquer diagnóstico que também o referencie, nem o produto do parto;
- ver acima, em "**parto referenciado em mulher sem diagnóstico de maternidade**" como estão definidos os códigos de procedimento que definem parto;
- ver a seguir em "**registo com parto referenciado, falta o procedimento e o produto**" os diagnósticos que foram considerados como definindo parto;
- mensagem considerada crítica;

#### **registo com parto referenciado, falta o procedimento e o produto [823]**

- no registo em análise, que provavelmente não se refere a um recém-nascido, foi detectado um código de diagnóstico (que não o de admissão) que referencia

um parto, mas nem o procedimento do parto foi codificado nem foi identificado o produto do parto (V27.x) (*Official ICD-9-CM Guidelines for Coding and Reporting - 5.1 General Rules, D.*);

- os códigos de diagnósticos que foram utilizados no programa Auditor para definir parto são os seguintes:

códigos	significado
650.	parto normal
640. a 676. com 5º dígito 1 ou 2	parto não normal

- mensagem considerada crítica;

#### **registo com parto referenciado, falta o produto do parto [826]**

- no registo em análise foi identificado um código de diagnóstico que referencia o parto e o código de procedimento respectivo, mas não identificado o produto do parto;
- ver acima em "**registo com parto referenciado, falta o procedimento e o produto**" os diagnósticos que foram considerados como definindo parto;
- ver acima, em "**parto referenciado em mulher sem diagnóstico de maternidade**" como estão definidos os códigos de procedimento que definem parto;
- mensagem considerada crítica;

#### **registo com produto do parto, falta o diagnóstico e o procedimento [833]**

- no registo em análise foi identificado um produto do parto, mas não existe qualquer código de diagnóstico nem de procedimento que referenciem o parto;
- ver acima em "**registo com parto referenciado, falta o procedimento e o produto**" os diagnósticos que foram considerados como definindo parto;
- ver acima, em "**parto referenciado em mulher sem diagnóstico de maternidade**" como estão definidos os códigos de procedimento que definem parto;
- mensagem considerada crítica;

#### **registo não agrupado (pelo agrupador HCFA) [847]**

- no registo em análise, o campo *drg* (ou *drg16...*) que deveria conter o valor do GDH em que o episódio foi agrupado, apresenta o valor 0 [zero];

#### **registo não agrupado correctamente (pelo agrupador HCFA) [854]**

- no registo em análise, onde foi detectado um diagnóstico principal inválido, o campo **drg** (ou **drg16...**) apresenta um valor de GDH que não 0 ou 470, conforme seria de esperar;

**requer diagnóstico adicional [861]**

- o código utilizado para o diagnóstico principal é um código de admissão para reabilitação que só é aceitável como diagnóstico principal se acompanhado por um diagnóstico adicional reflectindo a condição tratada, mas não foram codificados diagnósticos adicionais;
- são os seguintes os códigos que requerem diagnóstico adicional:

<b>código</b>	<b>designação</b>
V57.1	Terapia física NCOP
V57.21	Admissão para terapia ocupacional
V57.22	Admissão para terapia vocacional
V57.3	Terapia da fala
V57.89	Procedimento de reabilitação especificado, NCOP
V57.9	Procedimento de reabilitação não especificado

- estes códigos estão armazenados na tabela **QUESTION.DBF**, com o **tipo 6**;
- mensagem considerada crítica;

**requer diagnóstico secundário de hipertensão [861]**

- o código utilizado para o diagnóstico principal é um código de retinopatia hipertensiva, 362.11 e não foi codificada a hipertensão (*Official ICD-9-CM Guidelines for Coding and Reporting - 4.6 Hypertensive Retinopathy*);

**septicemia, complicação de abortamento, em codificação múltipla [297]**

- num mesmo registo coexistem o código de septicemia (038.xx) e pelo menos um código de abortamento (634-639), o que não está conforme as regras que mandam codificar a septicemia associada ao aborto, gravidez ectópica e molar no capítulo 11. Complicações da gravidez, parto e puerpério (630-677) (*Official ICD-9-CM Guidelines for Coding and Reporting - 7. Septicemia and Sptic Shock*);

**síndrome coronário intermediário associado a enfarte ag. miocárdio [865]**

- no registo em análise coexistem os códigos de síndrome coronário intermediário, 411.1, e de enfarte agudo do miocárdio, 410.xx, não estando presente o código de síndrome pós enfarte do miocárdio, 411.0;
- mensagem considerada crítica;



**sintoma como diagnóstico principal [868]**

- o diagnóstico principal do registo em análise é um código do capítulo 16. Sintomas, sinais e condições mal definidas (780 - 799) e, embora esse facto não seja necessariamente uma não conformidade, exige confirmação por parte do Médico Auditor;
- deve ser confirmado;

**só codificado o local da ocorrência, falta a c.ext. da circunstância [871]**

- foi codificada uma causa externa com o local da ocorrência dum acidente, mas a causa externa da circunstância do mesmo (viação, queda, agressão, incêndio, etc.) não foi registada;
- mensagem considerada crítica;

**sutura de (órgão) sem diagnóstico de lesão (respectiva) [875]**

- foi codificado um procedimento de sutura para o qual seria de esperar um diagnóstico de (doença ou) lesão, mas não foi identificado o código de diagnóstico respectivo;
- mensagem considerada crítica;
- as suturas verificadas na presente versão do programa Auditor são as seguintes:

<b>código</b>	<b>órgão</b>	<b>código de diagnóstico esperado</b>
<b>04.3</b>	nervo	(vários: <b>NDGW.traumax=N</b> )
<b>05.81</b>	nervo	(vários: <b>NDGW.traumax=N</b> )
<b>11.51</b>	córnea	871.x
<b>11.53</b>	córnea	871.x
<b>18.4</b>	ouvido externo	872.0x, 872.1x
<b>21.81</b>	nariz	802.1 873.20, 873.21, 873.22, 873.29 873.30, 873.31, 873.32, 873.39
<b>24.32</b>	gengiva	873.62, 873.72
<b>25.51</b>	língua	873.64, 873.74
<b>26.41</b>	glândula salivar	873.69, 873.79
<b>27.51</b>	lábio	873.43, 873.53
<b>27.52</b>	boca	873.60, 873.61, 873.64, 873.69, 873.70, 873.71, 873.74, 873.79
<b>27.61</b>	palato	873.65, 873.75
<b>29.51</b>	faringe	874.4, 874.5
<b>31.61</b>	laringe	874.00, 874.01, 874.10, 874.11
<b>31.71</b>	traqueia	862.29, 862.39, 874.00, 874.02, 874.10, 874.12
<b>33.41</b>	brônquio	862.21, 862.31
<b>33.43</b>	pulmão	861.2x, 861.3x
<b>34.71</b>	parede torácica	875.x
<b>34.82</b>	diafragma	862.0, 862.1
<b>37.4</b>	coração e pericárdio	410.xx, 861.0x, 861.1x
<b>39.31</b>	artéria	(vários: <b>NDGW.traumax=A</b> ou <b>B</b> )
<b>39.32</b>	veia	(vários: <b>NDGW.traumax=V</b> ou <b>B</b> )
<b>41.95</b>	baço	865.xx
<b>42.82</b>	esófago	862.22, 862.32, 874.4, 874.5
<b>44.61</b>	estômago	863.0, 863.1
<b>46.71</b>	duodeno	863.21, 863.31
<b>46.73</b>	intest. delgado / jejuno-íleo	569.83, 863.20, 863.29, 863.30, 863.39
<b>46.75</b>	intestino grosso	569.83, 863.40, 863.41, 863.42, 863.43, 863.44, 863.46, 863.50, 863.51, 863.52, 863.53, 863.54, 863.56
<b>48.71</b>	recto	569.49, 863.45, 863.46, 863.55, 863.56
<b>49.71</b>	ânus	959.1
<b>50.61</b>	fígado	864.xx
<b>50.69</b>	fígado	864.xx
<b>51.91</b>	vesícula biliar	868.02, 868.12
<b>52.95</b>	pâncreas	863.81, 863.82, 863.83, 863.84 863.91, 863.92, 863.93, 863.94

<b>55.81</b>	rim	866.xx
--------------	-----	--------

- tabela de validação de suturas, continuação:

<b>código</b>	<b>órgão</b>	<b>código de diagnóstico esperado</b>
<b>56.82</b>	ureter	867.2, 867.3
<b>57.81</b>	bexiga	596.6, 867.0, 867.1
<b>57.83</b>	bexiga	596.1, 753.8, 998.6
<b>57.84</b>	bexiga	596.2, 619.0, 998.6
<b>58.41</b>	uretra	867.0, 867.1
<b>61.41</b>	escroto e túnica vaginal	878.2, 878.3
<b>62.61</b>	testículo	878.2, 878.3, 926.0
<b>63.51</b>	cordão espermático e epidídimo	867.6, 867.7, 878.2, 878.3
<b>63.81</b>	vasos deferentes e epidídimo	867.6, 867.7, 878.2, 878.3
<b>64.41</b>	pénis	878.0, 878.1
<b>67.61</b>	colo uterino	867.4
<b>69.41</b>	útero	867.4
<b>70.71</b>	vagina	878.6, 878.7
<b>71.71</b>	vulva e períneo	878.4, 878.5, 879.6, 879.7
<b>81.93</b>	cápsula e ligamentos do membro superior	(vários: NDGW.traumax=L)
<b>81.94</b>	cápsula e ligamentos do tornozelo e pé	(vários: NDGW.traumax=L)
<b>81.95</b>	cápsula e ligamentos do membro inferior	(vários: NDGW.traumax=L)
<b>81.96</b>	articulação NCOP	(vários: NDGW.traumax=L)
<b>82.41</b>	bainha tendinosa da mão	(vários: NDGW.traumax=T)
<b>82.42</b>	tendão flexor da mão	(vários: NDGW.traumax=T)
<b>82.43</b>	tendões da mão NCOP	(vários: NDGW.traumax=T)
<b>82.44</b>	tendão flexor da mão	(vários: NDGW.traumax=T)
<b>82.45</b>	tendão da mão NCOP	(vários: NDGW.traumax=T)
<b>83.61</b>	bainha tendinosa NCOP	(vários: NDGW.traumax=T)
<b>83.62</b>	tendão, diferida	(vários: NDGW.traumax=T)
<b>83.63</b>	coifa dos rotadores	(vários: NDGW.traumax=T)
<b>83.64</b>	tendões	(vários: NDGW.traumax=T)
<b>83.81</b>	enxerto de tendão	(vários: NDGW.traumax=T)
<b>85.81</b>	mama	879.0, 879.1

#### **validar morfologia de metástase e diagn. neoplasia ou vice-versa [878]**

- no registo em análise, em que não existe qualquer código de neoplasia maligna primária, foi detectada um diagnóstico de neoplasia maligna secundária (metástases) e um código de morfologia cujo quinto dígito não é "6"; ou
- o código de morfologia utilizado termina em "6", mas não existe nenhum diagnóstico de neoplasia maligna secundária (metástase);
- mensagem considerada crítica;

#### **verdadeiro GDH de ambulatório conforme a Portaria do D.R. [882]**

- o registo em análise satisfaz os seguintes requisitos da definição de ambulatório:
  - tem pelo menos um procedimento codificado



- a admissão é do tipo 1, programada, ou de tipo 3, do programa de promoção de acesso, ou do tipo 4, PECLEC;
  - as datas de entrada e de saída são iguais (é um registo de zero dias);
  - não há entrada por proveniência de outro hospital nem saída por transferência para outro hospital;
  - não há registo dum procedimento não realizado (códigos V64.1, V64.2 e V64.3);
  - não há codificação de qualquer diagnóstico de traumatismo (códigos 800. a 904., 910. a 939., 950. a 959., 991. a 994., 995.54 ou 995.81)
  - o destino após a alta não refere saída por transferência para outro hospital, saída contra parecer médico, ou óbito;
- e, para além disso:
    - foi codificado um procedimento no bloco operatório
    - o GDH em que o registo foi agrupado consta da lista dos GDHs de ambulatório publicada na Portaria do D.R.;
  - a informação relativa aos procedimentos considerados como de realização no Bloco Operatório é extraída do campo *ctrl* da tabela **NOPW:DBF**;
  - a informação relativa aos GDHs de ambulatório da Portaria do D.R. é extraída do campo *ambulat* da tabela **PNAME.SDBF**;

#### **verificar causa externa accidental de queimadura de órgão interno [888]**

- no registo em análise foi codificado um diagnóstico de queimadura dos órgãos internos (**√4th 947 Burn of internal organs**) e uma causa externa de acidente com cáusticos ou corrosivos (**E924.1 Accident caused by caustic and corrosive substances**); ora, de acordo com a nota de exclusão sob a categoria **√4th E924**, é necessário verificar que a queimadura química não resultou da deglutição duma substância corrosiva pois, se assim for, a codificação correcta será nas categorias E860.0 a E864.4)
- mensagem considerada crítica;

#### **verificar codificação de parto assistido e por cesariana simultaneamente [889]**

- no registo em análise, que não corresponde a uma gestação múltipla, foram codificados simultaneamente os procedimentos 73.59 – parto manual assistido e 74.1 – cesariana;
- esta associação, por não ser frequente, deve ser verificada e, se corresponder à realidade, confirmada;
- os códigos utilizados para definir gestação múltipla são os seguintes: 651 – Gestação múltipla, e V27.2, V27.3, V27.4, V27.5, V27.6 e V27.7 – Produtos do parto de gestação múltipla;

**verificar diagnóstico principal em adulto com GDH de recém-nascido [891]**

- o registo em análise é dum adulto mas foi agrupado num GDH de recém-nascido: é preciso verificar o diagnóstico principal (habitualmente de malformação congénita);
- mensagem considerada crítica;

**verificar não codificação de obstrução em má posição/apresentação [890]**

- no registo em análise foi codificada uma má posição ou uma má apresentação, mas não a possível obstrução do parto, que seria de codificar de acordo com a nota da categoria 652.;
- os códigos que definem má posição ou má apresentação são os da categoria 652.
- os códigos que codificam a obstrução do parto são os da categoria 660.

**verificar não codificação de ventilação mecânica em GDH de traqueostomia [893]**

- o registo em análise foi agrupado num GDH de traqueostomia (483), e não foi detectado nenhum procedimento de ventilação mecânica (invasiva): 96.70, 96.71 ou 96.72;
- ora, segundo o Artigo 3.º, n.º 5, da actual portaria dos GDHs, não se pode facturar um GDH de traqueostomia em que o doente não tenha sido ventilado;

**verificar sequenciação dos códigos de obstetrícia [885]**

- no registo em análise, em que foram utilizados códigos do Capítulo 11. Complicações da gravidez, parto e puerpério (630-677), o código do diagnóstico principal é de outro capítulo, o que não está de acordo com as regras de sequenciação dos códigos de obstetrícia (*Official ICD-9-CM Guidelines for Coding and Reporting - 5.1 General Rules, B.*);
- mensagem considerada crítica;

**verificar sequenciação dos códigos de obstrução e de má apresentação [900]**

- num mesmo registo foram utilizados as categorias 652. – má posição e má apresentação do feto, e 660. – parto obstruído, mas a sua sequência não obedece à instrução de se codificar primeiro a obstrução (Ver nota da categoria 652.)

**verificar sequenciação dos códigos dos procedimentos cirúrgicos [898]**

- no registo em análise, em que foram codificados mais de 20 procedimentos, foram detectados códigos de procedimentos no bloco operatório para além da posição 20, o que implica que não serão tidos em conta para agrupamento (quando só forem passados vinte códigos para o agrupador);

- é, por isso, necessário rever a sequenciação dos vários códigos de procedimentos, e sequenciar primeiro os cirúrgicos e os que afectam o agrupamento em GDHs;
- mensagem considerada crítica;

**verificar sequenciação síndrome coronário intermediário vs aterosclerose coronária [863]**

- no registo em análise coexistem os códigos de síndrome coronário intermediário, 411.1, e de aterosclerose coronária, 414.xx, não sendo este último o diagnóstico principal como seria de esperar (Sequencing of angina and coronary artery disease – guidelines. *Coding Clinic* 5<sup>th</sup> issue 1993, págs.17-24);
- mensagem considerada crítica;

**visita pré-natal de rotina e diagnóstico obstétrico simultaneamente [756]**

- no registo em análise coexistem um dos códigos de diagnóstico de visita pré-natal de rotina (V22.0 e V22.1) e pelo menos um código do Capítulo 11. Complicações da gravidez, parto e puerpério (630-677), o que não está em conformidade com as regras de codificação (*Official ICD-9-CM Guidelines for Coding and Reporting - 5.2 Selection of Principal Diagnosis, D.*);

**(próxima mensagem...)**

## Anexo 3 - Medicare Code Edits (MCEs)

Estas validações são utilizadas pelo Medicare nos Estados Unidos, para assinalar situações de alerta, de incoerência ou de erro nas bases de dados dos GDHs. Embora a maior parte dos alertas seja universal, alguns deles são característicos do sistema de saúde americano e não aplicáveis entre nós.

Por outro lado, os MCEs são actualizados anualmente, juntamente com os GDHs. Estamos a utilizar em Portugal, em 2004, os GDHs e correspondents Medicare Code Edits de 1998; desde essa altura alguns dos Edits já foram actualizados, mas, para que se mantenha a coerência, conservam-se em uso até que seja implementado um novo agrupador.

### **11.1 Código de diagnóstico ou de procedimento inválido**

Códigos não existentes na ICD-9-CM

### **11.2 Código de causa externa como diagnóstico principal**

O código persente no campo do diagnóstico principal (*ddx1*) é duma causa externa.

### **11.3 Diagnóstico principal duplicado**

O código do diagnóstico principal está repetido num dos diagnósticos adicionais.

### **11.4 Conflito de idade**

#### **11.4.1 diagnósticos de recém-nascidos (0 anos de idade)**

os códigos assinalados na ICD-9-CM com a letra **N**, e que só são aplicáveis à idade de zero anos;

#### **11.4.2 diagnósticos de pediatria (idade entre 0 e 17 anos)**

diagnósticos assinalados na ICD-9-CM com a letra **P**, e que só são aplicáveis até aos 17 anos de idade;

#### **11.4.3 diagnósticos de maternidade (idade entre 12 e 55 anos)**

diagnósticos assinalados na ICD-9-CM com a letra **M**, e que só são aplicáveis a idades entre os 12 e os 55 anos;

#### **11.4.4 diagnósticos de adulto (idade entre 15 e 124 anos)**

diagnósticos assinalados na ICD-9-CM com a letra **A**, e que só são aplicáveis a idades entre os 15 e os 124 anos;

### **11.5 Conflito de sexo**

#### **11.5.1 diagnósticos permitidos apenas para o sexo feminino**

códigos de diagnósticos assinalados na ICD-9-CM com o símbolo ♀, e que só são aplicáveis a indivíduos do sexo feminino;

#### **11.5.2 procedimentos permitidos apenas para o sexo feminino**

códigos de procedimentos assinalados na ICD-9-CM com o símbolo ♀, e que só são aplicáveis a indivíduos do sexo feminino;

#### **11.5.3 diagnósticos permitidos apenas para o sexo masculino**

códigos de diagnósticos assinalados na ICD-9-CM com o símbolo ♂, e que só são aplicáveis a indivíduos do sexo masculino;

#### 11.5.4 procedimentos permitidos apenas para o sexo masculino

códigos de procedimentos assinalados na ICD-9-CM com o símbolo ♂, e que só são aplicáveis a indivíduos do sexo masculino;

#### 11.6 Código de manifestação como diagnóstico principal

códigos de diagnósticos assinalados na ICD-9-CM em *itálico* e que traduzem apenas a manifestação duma doença subjacente (e não a doença), não podendo ser utilizados como diagnóstico principal;

#### 11.7 Diagnóstico principal inespecífico

Códigos assinalados na ICD-9-CM de algum modo (de acordo com as edições dos manuais; por exemplo, sombreados a amarelo ou cor de laranja);

#### 11.8 Admissão questionável (como diagnóstico principal)

Códigos assinalados na ICD-9-CM de algum modo (de acordo com as edições dos manuais; por exemplo, sombreados a cinzento claro);

<i>Cód.</i>	<i>Designação</i>
250.00	Diabetes mellitus do tipo II, ou de tipo não especificado, não especificada como não controlada, sem menção de complicação
278.00	Obesidade, não especificada
380.4	Cerúmen impactado
401.1	Hipertensão essencial, benigna
426.2	Hemibloqueio de ramo do feixe esquerdo [de His]
426.3	Bloqueio de ramo do feixe esquerdo [de His], não classificável em outra parte
426.4	Bloqueio de ramo do feixe direito [de His]
790.93	Elevação do antígeno específico da próstata (PSA)
796.2	Leitura de pressão arterial elevada sem diagnóstico de hipertensão
999.9	Complicações de cuidados médicos, não classificáveis em outras parte ou não especificadas, NCOP
V08.	Estado de infeção assintomática pelo vírus da imunodeficiência humana
V53.31	Colocação e ajuste de pacemaker cardíaco
V53.32	Colocação e ajuste de desfibrilhador cardíaco automático implantável
V53.39	Colocação e ajuste de dispositivo cardíaco não classificável em outro lado

#### 11.9 Diagnóstico principal inaceitável

Códigos assinalados na ICD-9-CM de algum modo (de acordo com as edições dos manuais; por exemplo, sombreados a cinzento claro);

<i>Cód.</i>	<i>Designação</i>	<i>MCE (1)</i>	<i>Coding Clinic (2)</i>
798.1	Morte instantânea	✓	
798.2	Morte que ocorreu antes de passarem 24 horas após o início dos sintomas, SOE	✓	
798.9	Morte não assistida	✓	
V01.x	Contacto com ou exposição a doenças infecciosas	✓	
V02.x	Portador ou portador suspeito de doenças infecciosas	✓	



V03.x	Necessidade de vacinação profilática e inoculação contra doenças bacterianas	✓	
V04.x	Necessidade de vacinação profilática e inoculação contra algumas doenças víricas	✓	
V05.x	Necessidade de vacinação profilática e inoculação contra doenças isoladas NCOP	✓	
V06.x	Necessidade de vacinação profilática e inoculação contra combinações de doenças	✓	
V07.1	Dessensibilização a alérgenos	✓	
V07.2	Imunoterapia profilática	✓	
V07.31	Administração profilática de flúor	✓	
V07.4	Terapia de substituição hormonal pós-menopáusia	✓	
V07.9	Medida profilática não especificada	✓	
V09.x	Infecção com microrganismos resistentes aos fármacos	✓	✓
V10.xx	História pessoal de neoplasia maligna	✓	
V11.x	História pessoal de transtorno mental	✓	
V12.xx	História pessoal de algumas outras doenças	✓	✓
V13.xx	História pessoal de algumas doenças → <b>Exceção: V13.4</b> Artrite e <b>V13.69</b> Outras	✓	✓ <b>V13.61</b>
V14.x	História pessoal de alergia a agentes medicinais	✓	✓
V15.xx	História pessoal representando risco para a saúde, NCOP → <b>Exceção: V15.7</b> Contraceção	✓	✓
V16.xx	História familiar de neoplasia maligna → <b>Exceção: V16.51</b> Rim e <b>V16.59</b> Outras	✓	
V17.x	História familiar de algumas doenças crônicas incapacitantes	✓	
V18.x	História familiar de algumas condições específicas NCOP → <b>Exceção: V18.0</b> Diabetes Mellitus e <b>V18.6x</b> Doenças Renais	✓	
V19.x	História familiar de condições NCOP	✓	
V20.x	Supervisão de saúde de bebê ou criança → <b>Exceção: V20.0</b> Criança abandonada	✓	
V21.x	Estados constitucionais no desenvolvimento	✓	✓
V22.x	Gravidez normal	✓	<b>V22.2</b>
V23.x	Supervisão de gravidez de alto risco	✓	
V24.1	Mãe lactante	✓	
V24.2	Exame pós-parto de rotina	✓	
V25.x	Contacto para medidas de contraceção → <b>Exceção: V25.2</b> Esterilização	✓	
V26.x	Medidas procriativas → <b>Exceção: V26.0</b> Tuboplastia/vasoplastia	✓	<b>V26.5</b>
V27.x	Produto do parto	✓	✓
V28.x	Rastreo pré-natal	✓	
V29.3	Obsevação de R/N e bebês por condição genética ou metabólica suspeita n/encontrada	✓	
V29.9	Obsevação de R/N e bebês por condição suspeita não especificada não encontrada	✓	
V3x.x	Recém-nascidos vivos nascidos fora do hospital e não hospitalizados	✓	
V39.1	Recém-nascido vivo não especificado, nascido antes da admissão ao hospital	✓	
V40.x	Problemas mentais e comportamentais	✓	
V41.x	Problemas com sentidos especiais e outras funções especiais	✓	
V42.x	Órgão ou tecido substituído por transplante	✓	✓
V43.x	Órgão ou tecido substituído por meios NCOP	✓	✓
V44.x	Status de abertura artificial	✓	✓
V45.xx	Estados pós-cirúrgicos NCOP → <b>Exceção: V45.7</b> Ausência adquirida de órgão	✓	✓
V46.x	Dependência de máquinas, NCOP	✓	✓
V47.x	Problemas com os órgãos internos, NCOP	✓	
V48.x	Problemas com a cabeça, pescoço e tronco	✓	
V49.x	Condições influenciando o estado de saúde, NCOP	✓	<b>V49.6x</b> <b>V49.7x</b>
V50.3	Admissão para furar as orelhas	✓	
V50.8	Admissão para remoção profilática de órgão, NCOP	✓	
V50.9	Admissão para remoção profilática de órgão não especificado	✓	
V53.x	Colocação e ajuste de dispositivo NCOP → <b>Exceção: V53.3x</b> Dispositivo cardíaco	✓	
V54.8	Cuidados ortopédicos NCOP	✓	
V54.9	Cuidados ortopédicos não especificados	✓	
V55.9	Abertura artificial (ostomia) não especificada	✓	
V57.x	Cuidados envolvendo o uso de procedimentos de reabilitação → <b>Exceção: V57.1/21/22/3</b> se acompanhado por um diagnóstico adicional reflectindo a condição tratada	✓	

V58.2	Admissão para transfusão, sem diagnóstico relatado	√	
V58.3	Cuidados com pensos e suturas cirúrgicas	√	
V58.5	Ortodôncia → <b>Excepção:</b> quando acompanhado p/diag.adicional hist.pessoal malignidade	√	
V58.62	Uso prolongado (actual) de antibióticos → <b>Excepção:</b> quando acompanhado p/diag.adicional hist.pessoal malignidade	√	
V58.9	Cuidados posteriores não especificados → <b>Excepção:</b> quando acompanhado p/diag.adicional hist.pessoal malignidade	√	
V59.0x	Dadores de sangue	√	
V59.9	Dador de órgão ou tecido não especificado	√	
V60.x	Circunstâncias habitacionais, familiares e económicas	√	√
V61.x	Circunstâncias familiares NCOP	√	
V62.x	Circunstâncias psicossociais NCOP	√	√
V63.x	Indisponibilidade de outros serviços médicos para prestação de cuidados	√	√
V64.x	Admissão de pessoas para procedimentos especificados não realizados	√	√
V65.x	Outras pessoas procurando consulta sem queixa ou doença → <b>Excepção:</b> V65.0 Pessoa saudável, V65.2 Pessoa simulando doença	√	
V66.x	Convalescença e cuidados paliativos	√	V66.7
V68.x	Encontros para fins administrativos	√	
V69.x	Problemas relacionados com o estilo de vida	√	
V70.x	Exame médico geral	√	
V71.9	Observação por condição suspeita não especificada não encontrada	√	
V72.x a V82.x	Exames, investigações e rastreios especiais,	√	

- (1) Definitions of Medicare Code Edits. Appendix G, DRGs Diagnosis Related Groups, Definitions Manual Version 16.0 3M
- (2) Update to V Code Article - V Code Table. Coding Clinic for ICD-9-CM. Fourth Quarter 2002, pág.

### 11.10 Procedimento no Bloco Operatório inespecífico

Códigos assinalados na ICD-9-CM de algum modo (de acordo com as edições dos manuais; por exemplo, sombreados a amarelo ou cor de laranja); um conjunto de códigos de procedimento do bloco operatório, em especial os descritos como "não especificados de outro modo" que, embora válidos na CID-9-MC, não deveriam tirar lugar a outros códigos mais precisos; esta condição só é reportada se todos os procedimentos realizados tiverem sido codificados como inespecíficos.

### 11.11 Procedimento não coberto (pelo Medicare)

Códigos assinalados na ICD-9-CM de algum modo (de acordo com as edições dos manuais; por exemplo, com as letras NC, "non covered");

### 11.12 Verificação de biópsia aberta

Códigos de procedimentos de biópsia aberta para os quais existe um correspondente código alternativo de biópsia fechada; trata-se de um alerta para que se tenha certeza de que se utilizou o código correcto (aberta ou fechada) uma vez que o agrupamento em GDHs é diferente;

### 11.13 Alerta para o Medicare como segundo pagador

Códigos de diagnósticos que podem traduzir traumatismos cobertos pelas Seguradoras, em que a EFR pelo episódio não deverá ser o Medicare (em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde);

#### 11.14 Procedimento bilateral

Códigos de procedimentos que traduzem intervenções bilaterais mas que necessitam de verificação, uma vez que podem corresponder a dois procedimentos cirúrgicos na mesma articulação:

<i>código</i>	<i>descrição</i>
81.51	substituição total da anca
81.52	substituição parcial da anca
81.53	revisão duma substituição da anca
81.54	substituição total do joelho
81.55	revisão duma substituição do joelho
81.56	substituição total do tornozelo

#### 11.15 Idade inválida

o valor da idade registada não se encontra no intervalo entre 0 e 124 anos;

#### 11.16 Sexo inválido

o valor do código do sexo registado não é 1 (masculino) nem 2 (feminino)

#### 11.17 Destino após a alta inválido

o valor do código de destino após a alta registado não é dos previstos na folha de alta (UB-92) utilizada no Medicare;

<i>código</i>	<i>descrição original americana</i>	<i>em Portugal</i>
01	Home, self care (routine)	Domicílio
02	Short term hospital	Hospital de agudos
03	SNF, Skilled Nursing Facility	Serviço de enfermagem especializada
04	ICF, Intensive Care Facility	Unidade de Cuidados Intensivos
05	Other facility	Outro Serviço
06	Home health service	Serviço Domiciliário
07	Left against medical advice	Saída contra parecer médico
08	Home IV Service	Medicação Intra-Venosa domiciliária
20	Died	Falecido
30	Still a patient	Ainda doente
50	Hospice – home	Hospício – domicílio
51	Hospice – medical facility	Hospício – serviço médico



## Anexo 4 – Agrupamento das mensagens no menu de selecção

1. Códigos associados erradamente
2. Códigos CID-9-MC inválidos
3. códigos de combinação e de codificação múltipla em simultâneo
4. códigos de diagnósticos opostos em simultâneo
5. códigos duplicados
6. conflito de diagnóstico
7. conflito de procedimento
8. datas inválidas (nascimento, admissão, cirurgia e alta)
9. diagnóstico principal questionável
10. erros do aparelhos circulatório
11. erros de maternidade / recém-nascidos
12. erros nas causas externas
13. falhas de codificação (c.ext./diag./proc./morfol./outros)
14. mensagens de duplicação / limiares / inespecificidade / CCs
15. outros códigos (sexo, tipo de admissão, destinos) inválidos



## Anexo 5 - estrutura da tabelas exportadas pelo Integrador de GDHs

<i>campo(s)</i>	<i>tipo</i>	<i>casas (dec.)</i>	<i>2XX</i>	<i>3XX</i>	<i>DBF</i>	<i>notas</i>
HOSP_ID	Character	4	✓	✓	✓	Código do Hospital
PATNO	Numeric	20 (5 dec)	✓	✓	✓	Número de doente
SEX	Numeric	20 (5 dec)	✓	✓	✓	Sexo
B_DATE	Date	8	✓	✓	✓	Data de nascimento
FIN_RESP	Character	8	6	✓	✓	Entidade Fin. Responsáv.
BEN_NUM	Character	14	✓	✓	✓	Número de beneficiário
CAUSAD	Character	4	✓	✓	✓	Causa Externa admissão
ADM_DIAG	Character	5	✓	✓	✓	Diagnóstico de admissão
SERV1 a SERV4	Character	8 x 4	6	✓	✓	Serviços
ENT1 a ENT4	Date	8 x 4	✓	✓	✓	Datas entrada
SAID1 a SAID4	Date	8 x 4	✓	✓	✓	Datas saída
SERV5 a SERV19	Character	8 x 15	-	✓	✓	Serviços
ENT5 a ENT19	Date	8 x 15	-	✓	✓	Datas entrada
SAID5 a SAID19	Date	8 x 15	-	✓	✓	Datas saída
DDX1	Character	5	✓	✓	✓	Diagnóstico Principal
DDX2 a DDX7	Character	5 x 6	✓	✓	✓	Diagnósticos secundários
DDX8 a DDX20	Character	5 x 13	-	✓	✓	
SRG1 a SRG7	Character	4 x 7	✓	✓	✓	Procedimentos
SRG8 a SRG20	Character	4 x 13	-	✓	✓	
DSP	Numeric	11	20 (5)	✓	✓	Destino após a alta
DSP_OUTR	Numeric	20 (5 dec)	✓	-	-	Outros destinos
BIRTH_WGT	Numeric	20 (5 dec)	✓	✓	✓	Peso do Recém-Nascido
ICU	Numeric	20 (5 dec)	✓	✓	✓	Nº dias em UCI
ADM_TIP	Character	1	✓	✓	✓	Tipo de admissão
HOSP_TO	Character	6	4	✓	✓	Hospital de destino
HOSP_FROM	Character	6	4	✓	✓	Hospital de proveniência
MEDIC	Character	8	✓	✓	✓	Médic respons. pela alta
DIAS1 a DIAS4	Numeric	20 (5 dec) x 4	✓	✓	✓	Dias 1º/2º/3º/4º Serv.
TOTDIAS	Numeric	20 (5 dec)	✓	✓	✓	Total de dias internam.
SAIDLAST	Date	8	✓	✓	✓	Data de alta
AGE	Numeric	20 (5 dec)	✓	✓	✓	Idade em anos
NEW	Logical	1	✓	-	-	Registo novo/modificado
VERSION	Character	1	✓	-	-	Versão
DRG	Numeric	20 (5 dec)	✓	✓	✓	GDH
MDC	Numeric	20 (5 dec)	✓	✓	✓	GCD
RTC	Numeric	20 (5 dec)	✓	✓	✓	Código retorno de erros
RESIDE	Numeric	11	C 6	✓	✓	Código da residência
MCD_PRIV	Numeric	20 (5 dec)	✓	✓	✓	GCD para facturação
DRG_PRIV	Numeric	20 (5 dec)	✓	✓	✓	GDH para facturação
VER_PRIV	Numeric	20 (5 dec)	✓	-	-	Versão para facturação
ICD9_VER	Numeric	20 (5 dec)	✓	-	-	Versão códigos CID-9-MC
DIAG_MAP	Numeric	20 (5 dec)	✓	-	-	Mapeamento diagnósticos
PROC_MAP	Numeric	20 (5 dec)	✓	-	-	Mapeamento procedimentos
NUM_EPISOD	Numeric	20 (5 dec)	✓	✓	✓	Nº episódio internamento
CAUSAD2 a CAUSAD20	Character	4 x 19	-	✓	✓	Causas Externas
INTERV_CIR	Date	8	-	✓	✓	Data intervenção cirúrg.
PRE_OP	Numeric	6	-	✓	✓	Dias pré-operatórios
MEDCOD	Character	8	-	✓	✓	Médico Codificador
MORF_TUM	Character	6	-	✓	✓	Morfologia Tumoral
DSP_GDH	Numeric	6	-	✓	✓	Destino após alta (GDHs)
MOT_TRANSF	Numeric	11	-	✓	✓	Motivo de transferência
ADMISSAO	Date	8	-	✓	✓	Data de admissao

	total	666	1180	1180	
--	-------	-----	------	------	--



## Anexo 6 – Teclas e suas combinações

No contexto do FoxPro para DOS, em que funciona o programa Auditor, poderão ser utilizadas várias combinações de teclas, entre as quais se contam:

<i>teclas</i>	<i>funcionalidade</i>
<↑>	movimenta o cursor para a linha imediatamente superior
<↓>	movimenta o cursor para a linha imediatamente abaixo
<←>	movimenta o cursor para a posição imediatamente à esquerda
<→>	movimenta o cursor para a posição imediatamente à direita
<Tab> ou <↩>	alterna a posição do cursor entre duas colunas, da direita para a esquerda
<shift> ou <⇧>	alterna (enquanto pressionada) entre minúsculas e maiúsculas, ou entre os caracteres “acima” e “abaixo” de cada tecla
<⇧> <↩>	alterna a posição do cursor entre duas colunas, da esquerda para a direita
<Enter> ou <↵>	Acabar a edição do texto na caixa de input corrente; activar a opção assinalada pelo cursor
<End>	posiciona o cursor na posição mais à direita do texto já inserido (ou existente) na zona onde se encontra o cursor; utilizado num <i>popup</i> , posiciona o cursor na última opção (linha)
<Esc>	abandona a acção actual, voltando (se aplicável) à acção anterior
<F1>	activa a ajuda (ou <i>help</i> ) disponível num determinado contexto
<Home>	posiciona o cursor na posição mais à esquerda da zona onde se encontra o cursor; utilizado num <i>popup</i> , posiciona o cursor na primeira opção (linha)
<Page Up>	utilizado num <i>popup</i> , posiciona o cursor uma página mais acima ou, se a altura for inferior a uma página, na primeira opção (linha)
<Page Down>	utilizado num <i>popup</i> , posiciona o cursor uma página mais abaixo ou, se a altura for inferior a uma página, na última opção (linha)
<Shift><Space>	activa uma linha de selecção num <i>popup</i> de opções múltiplas
<Space>	numa caixa de diálogo, com mais do que uma opção possível para resposta, mostra a opção seguinte



## **Anexo 7 - Ficheiros objecto de auditoria, variáveis analisadas e variáveis listadas**

O programa Auditor destina-se a analisar bases de dados de Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDHs) compatíveis com o formato do antigo LDRG, para o qual o actual INTEGRADOR de GDHs produz exportações.

Os ficheiros de registo dos GDHs têm estruturas variáveis mas partilham um conjunto de campos comuns (ver mais à frente).

Descrevem-se a seguir as variáveis objecto de auditoria, começando pelas necessárias ao agrupamento em GDHs:

- ***ddx1, ddx2..., ddx5..., ddx7..., ddx20..., ddx30***: os diagnósticos, em número variável, conforme as versões;
- ***srg1, srg2..., srg5..., srg7..., srg20..., srg30***: os procedimentos, também em número variável, conforme as versões;
- ***age***: a idade;
- ***sex***: o sexo;
- ***dsp***: o destino após a alta;

e continuando com as resultantes do processo de agrupamento:

- ***drg***: o GDH;
- ***mdc***: a Grande Categoria Diagnóstica (GCD) do GDH;
- ***drg\_priv***: o GDH de facturação a um subsistema de saúde;
- ***mdc\_priv***: a GCD do GDH de facturação.

Para além daquelas variáveis, necessárias à análise da GCD e do GDH de agrupamento, são ainda avaliadas várias outras, no sentido de testar a coerência dos registos, a fiabilidade da informação e a aplicação das regras de codificação clínica:

- ***hosp\_id***: o código do hospital;
- ***patno***: o número de doente (ou, eventualmente, de episódio, nas versões mais antigas)
- ***num\_episod***: número de episódio de internamento;
- ***reside***: a residência;
- ***b\_date***: a data de nascimento do doente;
- ***ent1***: a data de admissão (ao internamento);
- ***birth\_wgt***: o peso do recém-nascido;
- ***proven***: a proveniência;
- ***adm\_tip***: o tipo de admissão;

- **causad**: a causa externa de admissão;
- **causad1**: idem, na versão stand-alone do Integrador de GDHs;
- **adm\_diag**: o diagnóstico de admissão;
- **interv\_cir**: a data da primeira intervenção cirúrgica, nos doentes operados;
- **morf\_tum**: a morfologia tumoral nos casos de neoplasia;
- **saidlast**: a data de alta;
- **dsp\_outr**: outro destino após a alta.

Outras ainda são apenas listadas, no modo descritivo, mas não validadas:

- **fin\_resp**: o código da entidade financeira responsável (ou subsistema de saúde);
- **serv1, serv2..., serv4..., serv6..., serv19**: os códigos dos serviços de internamento (de entrada e de transferência);
- **ent2, ent3, ent4..., ent6...; ent19**: as datas de transferência do primeiro para os serviços seguintes;
- **said2, said3, said4..., said6...; said19**: as datas de saída dos vários serviços para onde o doente tenha sido transferido;
- **hosp\_from**: o hospital de proveniência;
- **hosp\_to**: o hospital de destino;
- **mot\_transf**: o motivo de transferência para outro hospital.

NB: apesar de não validadas, as variáveis **fin\_resp** e **serv1, serv2..., serv4..., serv6..., serv19** são convertidas numa abreviatura legível da Entidade Financeira Responsável e dos Serviços, se tal tiver sido configurado (ver na secção **8 Configuração**, os pontos **8.3. Entidades Financeiras responsáveis (EFRs)** e **8.4 Tabela dos Serviços**);

Algumas variáveis, remanescentes das primeiras versões do LDRG, não são preenchidas actualmente, embora apareçam em alguns ficheiros:

- **icd9\_ver**: a versão dos códigos da CID-9-MC utilizados no registo;
- **versao**: a versão do agrupador utilizado;
- **ver\_priv**: a versão do agrupador utilizado para facturação;

Segue-se uma tabela comparativa dos campos existentes nas várias versões dos ficheiros de GDHs utilizados em Portugal:

*--	versão 2		versão 3 e 4		versão 5		IGIF		integrador (auditor.DBF)		integrador (export... .DBF)	
*	\GROUP\LDRG.DBF		\LDRG4\LDRG.DBF		\LDRG5\LDRG.DBF		D:\MD\DBF99\					
*							\FIGU99.DBF					
*	26/11/88		20/09/94		21/02/95		02/05/2000					
*	31 HOSP_ID	C 8	1 HOSP_ID	C 4	1 HOSP_ID	C 4	1 HOSP_ID	C 4	1 HOSP_ID	C 4	1 HOSP_ID	C 4
*	1 PATNO	N 8	2 PATNO	N13	2 PATNO	N13	2 PATNO	N13	2 PATNO	N20,5	2 PATNO	N20,5
*	29 SEX	N 1	3 SEX	N 1	3 SEX	N 1	3 SEX	N 1	3 SEX	N20,5	3 SEX	N20,5
*			4 B_DATE	D 8	4 B_DATE	D 8	4 B_DATE	D 8	4 B_DATE	D 8	4 B_DATE	D 8
*			5 FIN_RESP	C 3	5 FIN_RESP	C 3	5 FIN_RESP	C 3	5 FIN_RESP	C 8	5 FIN_RESP	C 8
*			6 BEN_NUM	12 C14	6 BEN_NUM	C14	6 BEN_NUM	C14	6 BEN_NUM	C14	6 BEN_NUM	C14
*	2 CAUSAD	C 4	7 CAUSAD	C 4	7 CAUSAD	C 4	7 CAUSAD	C 4	7 CAUSAD	C 4	7 CAUSAD	C 4
*			8 ADM_DIAG	C 5	8 ADM_DIAG	C 5	8 ADM_DIAG	C 5	8 ADM_DIAG	C 5	8 ADM_DIAG	C 5
*												
*	3 SERV1	C 6	9 SERV1	C 6	9 SERV1	C 6	9 SERV1	C 6	9 SERV1	C 6	9 SERV1	C 6
*	4 ENT1	D 8	10 ENT1	D 8	10 ENT1	D 8	10 ENT1	D 8	10 ENT1	D 8	10 ENT1	D 8
*	5 SAID1	D 8	11 SAID1	D 8	11 SAID1	D 8	11 SAID1	D 8	11 SAID1	D 8	11 SAID1	D 8
*	6 SERV2	C 6	12 SERV2	C 6	12 SERV2	C 6	12 SERV2	C 6	12 SERV2	C 6	12 SERV2	C 6
*	7 ENT2	D 8	13 ENT2	D 8	13 ENT2	D 8	13 ENT2	D 8	13 ENT2	D 8	13 ENT2	D 8
*	8 SAID2	D 8	14 SAID2	D 8	14 SAID2	D 8	14 SAID2	D 8	14 SAID2	D 8	14 SAID2	D 8
*	9 SERV3	C 6	15 SERV3	C 6	15 SERV3	C 6	15 SERV3	C 6	15 SERV3	C 6	15 SERV3	C 6
*	10 ENT3	D 8	16 ENT3	D 8	16 ENT3	D 8	16 ENT3	D 8	16 ENT3	D 8	16 ENT3	D 8
*	11 SAID3	D 8	17 SAID3	D 8	17 SAID3	D 8	17 SAID3	D 8	17 SAID3	D 8	17 SAID3	D 8
*			18 SERV4	C 6	18 SERV4	C 6	18 SERV4	C 6	18 SERV4	C 6	18 SERV4	C 6
*			19 ENT4	D 8	19 ENT4	D 8	19 ENT4	D 8	19 ENT4	D 8	19 ENT4	D 8
*			20 SAID4	D 8	20 SAID4	D 8	20 SAID4	D 8	20 SAID4	D 8	20 SAID4	D 8
*	18 DDX1	C 5	21 DDX1	C 5	21 DDX1	C 5	21 DDX1	C 5	21 DDX1	C 5	21 DDX1	C 5
*	19 DDX2	C 5	22 DDX2	C 5	22 DDX2	C 5	22 DDX2	C 5	22 DDX2	C 5	22 DDX2	C 5
*	20 DDX3	C 5	23 DDX3	C 5	23 DDX3	C 5	23 DDX3	C 5	23 DDX3	C 5	23 DDX3	C 5
*	21 DDX4	C 5	24 DDX4	C 5	24 DDX4	C 5	24 DDX4	C 5	24 DDX4	C 5	24 DDX4	C 5
*	22 DDX5	C 5	25 DDX5	C 5	25 DDX5	C 5	25 DDX5	C 5	25 DDX5	C 5	25 DDX5	C 5
*			26 DDX6	C 5	26 DDX6	C 5	26 DDX6	C 5	26 DDX6	C 5	26 DDX6	C 5
*			27 DDX7	C 5	27 DDX7	C 5	27 DDX7	C 5	27 DDX7	C 5	27 DDX7	C 5
*											28 DDX8	C 5
*											29 DDX9	C 5
*											30 DDX10	C 5
*											31 DDX11	C 5
*											32 DDX12	C 5
*											33 DDX13	C 5
*											34 DDX14	C 5
*											35 DDX15	C 5
*											36 DDX16	C 5
*											37 DDX17	C 5
*											38 DDX18	C 5
*											39 DDX19	C 5
*											40 DDX20	C 5
*	23 SRG1	C 4	28 SRG1	C 4	28 SRG1	C 4	28 SRG1	C 4	28 SRG1	C 4	41 SRG1	C 4
*	24 SRG2	C 4	29 SRG2	C 4	29 SRG2	C 4	29 SRG2	C 4	29 SRG2	C 4	42 SRG2	C 4
*	25 SRG3	C 4	30 SRG3	C 4	30 SRG3	C 4	30 SRG3	C 4	30 SRG3	C 4	43 SRG3	C 4
*	26 SRG4	C 4	31 SRG4	C 4	31 SRG4	C 4	31 SRG4	C 4	31 SRG4	C 4	44 SRG4	C 4
*	27 SRG5	C 4	32 SRG5	C 4	32 SRG5	C 4	32 SRG5	C 4	32 SRG5	C 4	45 SRG5	C 4
*			33 SRG6	C 4	33 SRG6	C 4	33 SRG6	C 4	33 SRG6	C 4	46 SRG6	C 4
*			34 SRG7	C 4	34 SRG7	C 4	34 SRG7	C 4	34 SRG7	C 4	47 SRG7	C 4
*											48 SRG8	C 4
*											49 SRG9	C 4
*											50 SRG10	C 4
*											51 SRG11	C 4
*											52 SRG12	C 4
*											53 SRG13	C 4
*											54 SRG14	C 4
*											55 SRG15	C 4
*											56 SRG16	C 4
*											57 SRG17	C 4
*											58 SRG18	C 4
*											59 SRG19	C 4
*											60 SRG20	C 4
*	30 DSP	N 2	35 DSP	N 2	35 DSP	N 2	35 DSP	N 2	35 DSP	N 2	61 DSP	N20,5
*			36 DSP_OUTR	N 4	36 DSP_OUTR	N 2	36 DSP_OUTR	N 2	36 DSP_OUTR	N20,5		
*			37 BIRTH_WGT	N 4	37 BIRTH_WGT	N 4	37 BIRTH_WGT	N 4	37 BIRTH_WGT	N20,5	62 BIRTH_WGT	N20,5
*			38 ICU	N 3	38 ICU	N 3	38 ICU	N 3	38 ICU	N20,5	63 ICU	N20,5
*			39 ADM_TIP	C 1	39 ADM_TIP	C 1	39 ADM_TIP	C 1	39 ADM_TIP	C 1	64 ADM_TIP	C 1
*			40 HOSP_TO	C 4	40 HOSP_TO	C 4	40 HOSP_TO	C 4	40 HOSP_TO	C 4	65 HOSP_TO	C 7
*			41 HOSP_FROM	C 4	41 HOSP_FROM	C 4	41 HOSP_FROM	C 4	41 HOSP_FROM	C 4	66 HOSP_FROM	C 7
*	13 MEDIC	C 8	42 MEDIC	C 8	42 MEDIC	C 8	42 MEDIC	C 8	42 MEDIC	C 8	67 MEDIC	C 8
*	14 DIAS1	N 3	43 DIAS1	N 3	43 DIAS1	N 3	43 DIAS1	N 3	43 DIAS1	N20,5	68 DIAS1	N20,5
*	15 DIAS2	N 3	44 DIAS2	N 3	44 DIAS2	N 3	44 DIAS2	N 3	44 DIAS2	N20,5	69 DIAS2	N20,5
*	16 DIAS3	N 3	45 DIAS3	N 3	45 DIAS3	N 3	45 DIAS3	N 3	45 DIAS3	N20,5	70 DIAS3	N20,5
*			46 DIAS4	N 3	46 DIAS4	N 3	46 DIAS4	N 3	46 DIAS4	N20,5	71 DIAS4	N20,5
*	17 TOTDIAS	N 3	47 TOTDIAS	N 3	47 TOTDIAS	N 3	47 TOTDIAS	N 3	47 TOTDIAS	N20,5	72 TOTDIAS	N20,5
*							48 TOTDIASF	N 3				
*	12 SAIDLAST	D 8	48 SAIDLAST	D 8	48 SAIDLAST	D 8	49 SAIDLAST	D 8	48 SAIDLAST	D 8	73 SAIDLAST	D 8
*	28 AGE	N 3	49 AGE	N 3	49 AGE	N 3	50 AGE	N 3	49 AGE	N20	74 AGE	N20
*			50 NEW	L 1	50 NEW	L 1	51 NEW	L 1	50 NEW	L 1		
*			51 VERSION	C 1	51 VERSION	C 1	52 VERSION	C 1	51 VERSION	C 1		
*	32 DRG	N 3	52 DRG	N 3	52 DRG	N 3	53 DRG	N 3	52 DRG	N20,5	75 DRG	N20,5
*	33 MDC	N 2	53 MDC	N 2	53 MDC	N 2	54 MDC	N 2	53 MDC	N20,5	76 MDC	N20,5
*	34 RTC	N 1	54 RTC	N 1	54 RTC	N 1	55 RTC	N 1	54 RTC	N20,5	77 RTC	N20,5
*							56 DAYIND	C 1				
*							57 RESIDE	C 6	55 RESIDE	C 6	78 RESIDE	C 6
*							59 MDC10	N 2	56 MDC_PRIV	N20,5	79 MDC_PRIV	N20,5
*							57 DRG_PRIV	N 3	57 DRG_PRIV	N20,5	80 DRG_PRIV	N20,5

(continua)

(continua)

*--	versão 2	versão 3 e 4	versão 5	IGIF	integrador (auditor.DBF)	integrador (export... .DBF)
*	\GROUP\LDRG.DBF	\LDRG4\LDRG.DBF	\LDRG5\LDRG.DBF	D:\MD\DBF99\ \FIGU99.DBF		
*	26/11/88	20/09/94	21/02/95	02/05/2000		
(continuação)						
*			58 VER_PRIV N 2	60 RTC10 N 1	58 VER_PRIV N20,5	
*			59 ICD9_VER N 2	61 ICD9_VER N 2	59 ICD9_VER N20,5	
*			60 DIAG_MAP N 3	62 DIAG_MAP N 3	60 DIAG_MAP N20,5	
*			61 PROC_MAP N 3	63 PROC_MAP N 3	61 PROC_MAP N20,5	
*				64 DRGAP N 3		
*				65 MDCAP N 2		
*				66 RTCAP N 2		
*				67 AAGE_DAYS N 4		
*				68 DAGE_DAYS N 4		
*				69 APRDRG N 3		
*				70 APRSOI N 1		
*				71 APRROM N 1		
*				72 APRMDC N 2		
*				73 APRRTC N 2		
*				74 DRG15 N 3		
*				75 MDC15 N 2		
*				76 RTC15 N 2		
*				77 DRG16 N 3		
*				78 MDC16 N 2		
*				79 RTC16 N 2		
*					62 NUM_EPISOD N20,5	81 NUM_EPISOD N20,5
*						82 CAUSAD1 C 4
*						83 CAUSAD2 C 4
*						84 CAUSAD3 C 4
*						85 CAUSAD4 C 4
*						86 CAUSAD5 C 4
*						87 CAUSAD6 C 4
*						88 CAUSAD7 C 4
*						89 CAUSAD8 C 4
*						90 CAUSAD9 C 4
*						91 CAUSAD10 C 4
*						92 CAUSAD11 C 4
*						93 CAUSAD12 C 4
*						94 CAUSAD13 C 4
*						95 CAUSAD14 C 4
*						96 CAUSAD15 C 4
*						97 CAUSAD16 C 4
*						98 CAUSAD17 C 4
*						99 CAUSAD18 C 4
*						100 CAUSAD19 C 4
*						101 CAUSAD20 C 4
*						102 SERV5 C 6
*						103 ENT5 D 8
*						104 SAID5 D 8
*						105 SERV6 C 6
*						106 ENT6 D 8
*						107 SAID6 D 8
*						108 SERV7 C 6
*						109 ENT7 D 8
*						110 SAID7 D 8
*						111 SERV8 C 6
*						112 ENT8 D 8
*						113 SAID8 D 8
*						114 SERV9 C 6
*						115 ENT9 D 8
*						116 SAID9 D 8
*						117 SERV10 C 6
*						118 ENT10 D 8
*						119 SAID10 D 8
*						120 SERV11 C 6
*						121 ENT11 D 8
*						122 SAID11 D 8
*						123 SERV12 C 6
*						124 ENT12 D 8
*						125 SAID12 D 8
*						126 SERV13 C 6
*						127 ENT13 D 8
*						128 SAID13 D 8
*						129 SERV14 C 6
*						130 ENT14 D 8
*						131 SAID14 D 8
*						132 SERV15 C 6
*						133 ENT15 D 8
*						134 SAID15 D 8
*						135 SERV16 C 6
*						136 ENT16 D 8
*						137 SAID16 D 8
*						138 SERV17 C 6
*						139 ENT17 D 8
*						140 SAID17 D 8
*						141 SERV18 C 6
*						142 ENT18 D 8
*						143 SAID18 D 8
*						144 SERV19 C 6
*						145 ENT19 D 8
*						146 SAID19 D 8
*						147 INTERV_CIR D 8
*						148 PRE_OP N20,5
*						149 MEDCOD C 8
*						150 MORF_TUM C 5
*						151 DSP_GDH C 4
*						152 MOT_TRANSF N11
*	** Total ** 172	** Total ** 266	** Total ** 287	** Total ** 290	** Total ** 668	** Total ** 1155







## Anexo 8 - Tabelas utilizadas no programa Auditor

### 1. 468ASSIN.DBF / .CDX

Tabela de registo de números de episódios e de mensagens confirmadas.

Ficou com o nome **468ASSIN** uma vez que os primeiros registos a serem confirmados (ou "assinados") foram, como seria de esperar, os registos agrupados no GDH 468 - Procedimentos extensos, em bloco operativo, não relacionados com o diagnóstico principal.

É proposta uma localização no directório de instalação do programa Auditor, mas pode ser uma tabela acedida em rede. Para esse efeito será conveniente colocá-la numa drive de rede, **F:**, por exemplo.

Pode também ser utilizada uma tabela já existente. Mas, neste caso, deverá ter, pelo menos, os dois campos previstos: *num\_episod* (número de episódio) e *messinada* (código da mensagem assinada).

A estrutura proposta, mínima, é a seguinte:

```
Structure for database: C:\AUDIT317\468ASSIN.DBF
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1  NUM_EPISOD  Numeric    14
   2  MESSINADA   Character    3
** Total **                      18

Index tag: EPIS   Key: NUM_EPISOD
Index tag: MULT   Key: STR(NUM_EPISOD,14)+MESSINADA
```

### 2. CODBLANK.DBF / .CDX

Tabela *template* para a criação de tabelas de codificadores necessárias à selecção de registos da "Por Codificador" das "OPÇÕES DE SELECÇÃO" (ver em ...).

```
Structure for database: C:\AUDIT317\CODIFICA\CODBLANK.DBF
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1  CODE      Character    8
   2  NAME      Character   20
** Total **                      29
```

Por cada hospital cujos registos sejam auditados, utilizando a opção "Por Codificador", é criado um par de tabelas correspondentes: **HUCO.DBF / .CDX**, **BRAG.DBF / .CDX**,

**WISE.DBF / .CDX**, etc, contendo o número mecanográfico dos médicos codificadores detectados.

### 3. **DIRS.DBF / .CDX**

Tabela auxiliar destinada ao tratamento da leitura dos directórios do sistema de ficheiros, quando o programa tem de manusear ficheiros e directórios.

```
Structure for database: C:\AUDITOR\DIRS.DBF
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1  LINHA      Character    80           Asc  Machine
** Total **
Index tag: LINHA  Key: LINHA
```

### 4. **DRGSDEF.DBF / .CDX**

Tabela com as relações "Procedure code / DRG index" dos GDHs.

Utilizada para avaliar a correspondência entre determinado código de procedimento cirúrgico e os diagnósticos (principais) das Grandes categorias Diagnósticas (GCD).

```
Structure for database: C:\AUDIT317\DRGSDEF.DBF
Number of data records: 12166
Date of last update : 14/10/2001
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1  SRG      Character    4
   2  MDC      Numeric     2
   3  DRG      Numeric     3
** Total **
Index tag: MULT  Key: SRG+STR(MDC,2)+STR(DRG,3)
```

### 5. **EFRBLANK.DBF / .CDX**

Tabela *template* destinada à criação das tabelas de Entidades Financeiras Responsáveis (EFRs) a partir das quais se podem seleccionar registos de entidades facturáveis e fazer aparecer uma abreviatura da entidade em vez do respectivo código.

```
Structure for database: C:\AUDIT317\DICADOR\EFRS\EFRBLANK.DBF
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1  FIN_RESP  Character    8
   2  FACTURAVEL Logical     1
   3  ABREV     Character   10
** Total **
Index tag: EFR Key: ", "+ALLTRIM(FIN_RESP)
```

Por cada hospital cujos registos sejam auditados, utilizando a opção "Registos Facturáveis", é criado um par de tabelas correspondentes: **HUCO.DBF / .CDX**, **BRAG.DBF / .CDX**, **WISE.DBF / .CDX**, etc., contendo o código (e a abreviatura, se esta for registada) das EFRs detectadas nos ficheiros auditados. Estas tabelas ficam armazenadas no directório C:\audit317\dicador\efrs.

As tabelas que registam os códigos das EFRs de cada hospital, ficam com o nome (abreviatura de quatro letras) do hospital e no directório

## 6. ERROS850.DBF e ERROS860.DBF / .CDX

Tabela com os vários tipos de alertas, mensagens e erros do Auditor.

```

Structure for database: C:\AUDITOR\ERROS850.DBF
Number of data records:      142
Date of last update   : 29/05/2003
Field  Field Name  Type      Width
  1  NAME          Character  66
  2  CHAVE          Character   7
  3  CRITICO        Logical     1
  4  CODE           Numeric     3
  5  FCOD           Logical     1
  6  FOUTRCOD       Logical     1
  7  FDAT           Logical     1
  8  FOPOS          Logical     1
  9  FCOMB          Logical     1
 10  FASSOC         Logical     1
 11  DUPLIC         Logical     1
 12  FALHAS         Logical     1
 13  FMATER         Logical     1
 14  FCARD          Logical     1
 15  FCEXT          Logical     1
 16  MENSAG         Logical     1
 17  QUEST          Logical     1
 18  XDIAG          Logical     1
 19  XPROC          Logical     1
 20  ASSIN          Numeric     6
 21  ASSINAL        Logical     1
** Total **                      100

Index tag: CODE      Key: CODE
Index tag: CHAVE     Key: CHAVE+SUBSTR(LTRIM(UPPER(NAME)),8,56)
Index tag: NAME      Key: NAME
    
```

## 7. GDINDIC.DBF

Tabela *template* para guardar os indicadores (valores) resultantes de uma determinada auditoria.

Structure for database: C:\AUDITOR\GDINDIC.DBF						
Date of last update : 21/07/2004						
Field	Field Name	Type	Width			
1	DATA	Date	8	76	GRNAD	Numeric 6
2	NFILE	Character	60	77	GERR	Numeric 6
3	NRTOTREG	Numeric	10	78	GXERR	Numeric 6
4	RECREV	Numeric	10	79	PWADV	Numeric 6
5	REGSEM	Numeric	10	80	FALTADV	Numeric 6
6	TOTAD	Numeric	10	81	FALTBTRT	Numeric 6
7	TOTDG	Numeric	10	82	FALTCOMP	Numeric 6
8	TOTDP	Numeric	10	83	FALTEFTD	Numeric 6
9	TOTDS	Numeric	10	84	FALTPOIS	Numeric 6
10	TOTPR	Numeric	10	85	FALTQUEI	Numeric 6
11	TOTCE	Numeric	10	86	FALTRAD	Numeric 6
12	TOTMF	Numeric	6	87	FALTRAUM	Numeric 6
13	TOTEXT	Numeric	10	88	FALTCEXT	Numeric 6
14	CEDIAG	Numeric	6	89	FALTPROC	Numeric 6
15	DIAGINEX	Numeric	6	90	FALTDSPG	Numeric 6
16	PROCINEX	Numeric	6	91	CEXTINESP	Numeric 6
17	CEXTINEX	Numeric	6	92	SOLOCAL	Numeric 6
18	MORFINEX	Numeric	6	93	DPDUPL	Numeric 6
19	IDENINEX	Numeric	6	94	DPINAC	Numeric 6
20	PTBRAN	Numeric	6	95	DPINESP	Numeric 6
21	EPBRAN	Numeric	6	96	DPMANIF	Numeric 6
22	PEBRAN	Numeric	6	97	DPQUEST	Numeric 6
23	DGINVCAT	Numeric	6	98	DPSINT	Numeric 6
24	PRINVCAT	Numeric	6	99	DPSUGERE	Numeric 6
25	CEINVCAT	Numeric	6	100	DPTARDIO	Numeric 6
26	MFINVCAT	Numeric	6	101	REQUERDS	Numeric 6
27	M45DG	Numeric	6	102	NRQUEST	Numeric 6
28	M34PR	Numeric	6	103	DGDUPL	Numeric 6
29	M4CE	Numeric	6	104	DSDUPL	Numeric 6
30	M5MF	Numeric	6	105	DSINAC	Numeric 6
31	DGINV45	Numeric	6	106	DSINESP	Numeric 6
32	PRINV34	Numeric	6	107	PRINESP	Numeric 6
33	CEINV4	Numeric	6	108	ADVINESP	Numeric 6
34	MFINV5	Numeric	6	109	UNREL	Numeric 6
35	CODMULT	Numeric	6	110	MFSNEO	Numeric 6
36	DIAGOP	Numeric	6	111	LUZSPROC	Numeric 6
37	RNART	Numeric	6	112	LUZSDIAG	Numeric 6
38	RNMAE	Numeric	6	113	LUZSOUTC	Numeric 6
39	NBABY	Numeric	6	114	LUZSSDIG	Numeric 6
40	MAERN	Numeric	6	115	LUZSPRPR	Numeric 6
41	NMATER	Numeric	6	116	PARTDIPR	Numeric 6
42	NPARIU	Numeric	6	117	PRODDIPR	Numeric 6
43	NPARTO	Numeric	6	118	PROCDUPL	Numeric 6
44	NADVER	Numeric	6	119	CESARC	Numeric 6
45	NBTRIT	Numeric	6	120	CESARO	Numeric 6
46	NCOMPL	Numeric	6	121	CESART	Numeric 6
47	NEFTRD	Numeric	6	122	EPISPAR	Numeric 6
48	NPOISN	Numeric	6	123	EPISIAS	Numeric 6
49	NQUEIM	Numeric	6	124	NEPISI	Numeric 6
50	NRADIAC	Numeric	6	125	FORCVESP	Numeric 6
51	NTRAUM	Numeric	6	126	AMBULA	Numeric 6
52	NACEPT	Numeric	6	127	GAMBUL	Numeric 6
53	TROCEXT	Numeric	6	128	NAMBUL	Numeric 6
54	INVNASC	Numeric	6	129	ACIMALIM	Numeric 6
55	INVENT1	Numeric	6	130	LONGSCC	Numeric 6
56	INVALTA	Numeric	6	131	LONGSOCT	Numeric 6
57	INVDATAS	Numeric	6	132	GINCON	Numeric 6
58	INVAGE	Numeric	6	133	ARESI	Numeric 6
59	INVSEX	Numeric	6	134	CRESI	Numeric 6
60	INVPEO	Numeric	6	135	NRESI	Numeric 6
61	PMAIS	Numeric	6	136	REDSFRAC	Numeric 6
62	INVADMT	Numeric	6	137	FRACSRED	Numeric 6
63	INVDSP	Numeric	6	138	REDSLUXA	Numeric 6
64	INVDSP	Numeric	6	139	LUXASRED	Numeric 6
65	INVALDP	Numeric	6	140	QMSAR	Numeric 6
66	INVOTHER	Numeric	6	141	DISPCMK	Numeric 6
67	INVMOTTR	Numeric	6	142	COMBPCMK	Numeric 6
68	GMIN1	Numeric	6	143	NPACMK	Numeric 6
69	G0	Numeric	6	144	NSUTUR	Numeric 6
70	G468	Numeric	6	145	SUTSL	Numeric 6
71	G469	Numeric	6	146	NSTENT	Numeric 6
72	G470	Numeric	6	147	STSANG	Numeric 6
73	G476	Numeric	6	148	SCORINT	Numeric 6
74	G477	Numeric	6	149	XCARD	Numeric 6
75	G483	Numeric	6	150	VENTILT	Numeric 6
				Total	**	997

Chave para utilização dos ficheiros de indicadores, criados a partir da tabela GDINDIC e guardados habitualmente em C:\AUDITxxx\DICADOR\20xx\XXXX.DBF

<i>campo</i>	<i>informação armazenada</i>
DATA	data em que foi realizada a auditoria
NFILE	nome do ficheiro analisado
NRTOTREG	n.º total de registos no ficheiro analisado
RECREV	n.º de registos revistos
REGSEM	n.º de registos sem mensagens de alerta/erro
TOTAD	total de diagnósticos de admissão ( <i>adm_diag</i> )
TOTDG	total de diagnósticos codificados ( <i>adm_diag, ddx1 ... ddx20</i> )
TOTDP	total de diagnósticos principais ( <i>ddx1</i> )
TOTDS	total de diagnósticos secundários ( <i>ddx2 ... ddx20</i> )
TOTPR	total de procedimentos codificados ( <i>srg1 ... srg20</i> )
TOTCE	total de causas externas codificadas ( <i>causad</i> ); inclui as codificadas no local dos diagnósticos
TOTMF	Total de códigos de morfologia neoplásica
TOTEXT	total de registos com diagnóstico de complicação, efeito adverso, efeito de radiações, efeito tardio, maus tratos, queimadura
CEDIAG	n.º de códigos de causa externa no local dos diagnósticos
DIAGINEX	n.º de códigos de diagnóstico inexistentes (inválidos)
PROCINEX	n.º de códigos de procedimento inexistentes (inválidos)
CEXTINEX	n.º de códigos de causa externa inexistentes (inválidos)
MORFINEX	n.º de códigos de morfologia inexistentes (inválidos)
IDENINEX	n.º de dados de identificação ou registo inexistentes ou errados: inval_nasc + inval_ent1 + inval_alta + inval_age + inval_sex + inval_peso + inval_admtp + inval_dsp + inval_dsp_o
PTBRAN	n.º de registos com número de doente em branco
EPBRAN	n.º de registos com número de episódio em branco
PEBRAN	n.º de registos com número de doente e/ou de episódio em branco
DGINVCAT	n.º de diagnósticos com categoria (3 dígitos) inválida
PRINVCAT	n.º de procedimentos com categoria (2 dígitos) inválida
CEINVCAT	n.º de causas externas com categoria (3 dígitos) inválida
MFINVCAT	n.º de códigos de morfologia com categoria (4 dígitos) inválida
M45DG	n.º de diagnósticos com 4º ou 5º dígito em falta
M34PR	n.º de procedimentos com 3º ou 4º dígito em falta
M4CE	n.º de causas externas com 4º dígito em falta
M5MF	n.º de códigos de morfologia com falta de 5º dígito
DGINV45	n.º de diagnósticos com 4º ou 5º dígito inválido
PRINV34	n.º de procedimentos com 3º ou 4º dígito inválido
CEINV4	n.º de causas externas com 4º dígito inválido
MFINV5	n.º de códigos de morfologia com 5º dígito inválido
CODMULT	n.º de registos com: insuficiência cardíaca em codificação múltipla, hemorragia digestiva em codificação múltipla, ou insuficiência renal em codificação múltipla
DIAGOP	n.º de códigos de diagnósticos opostos em simultâneo
RNART	n.º de RN produzidos artificialmente no IGIF
RNMAE	n.º de códigos de RN no processo da mãe
NBABY	n.º de registos referentes (aleadamente) a bebés
MAERN	n.º de códigos da mãe no processo do RN

<i>nome</i>	<i>informação armazenada</i>
NMATER	n.º de registos de maternidade
NPARIU	n.º de registos com diagnóstico de parto
NPARTO	n.º de registos com procedimento de parto
NADVER	n.º de registos com procedimento adverso (código 995.)
NBTRIT	n.º de registos com diagnóstico de maus tratos
NCOMPL	n.º de registos com diagnóstico de complicação
NEFTRD	n.º de registos com diagnóstico de efeito tardio
NPOISN	n.º de registos com diagnóstico de intoxicação
NQUEIM	n.º de registos com diagnóstico de queimadura
NRADIAC	n.º de registos com diagnóstico de efeitos de radiação
NTRAUM	n.º de registos com diagnóstico de traumatismo
NACEPT	
TROCEXT	n.º de registos com causa externa não relacionada (com os diagnósticos)
INVNASC	n.º de registos com data de nascimento inválida
INVENTI	n.º de registos com data de admissão inválida
INVALTA	n.º de registos com data de alta inválida
INVDATAS	n.º de registos com data de nascimento, data de entrada ou data de alta inválidas
INVAGE	n.º de registos com idade inválida
INVSEX	n.º de registos com código de sexo inválido
INVPESO	n.º de registos com peso à nascença inválido
PMAIS	n.º de registos de não recém-nascidos com peso preenchido
INVADMTP	n.º de registos com tipo de admissão inválido
INVDSP	n.º de registos com código de destino após alta inválido
INVDSP0	n.º de registos com código de outro destino inválido
INVALDP	n.º de códigos de diagnóstico principal inválidos
INVOTHER	n.º de registos não classificáveis (GDH 470) por motivos que não do diagnóstico principal
INVMOTTR	n.º de registos com motivo de transferência inválido
GMINI	n.º de registos mal agrupados (deveriam ser 470)
G0	n.º de registos não agrupado (versão 6)
G468	n.º de registos agrupados no GDH 468
G469	n.º de registos agrupados no GDH 469
G470	n.º de registos agrupados no GDH 469 (versão 6)
G476	n.º de registos agrupados no GDH 476
G477	n.º de registos agrupados no GDH 477
G483	n.º de registos agrupados no GDH 483
GRNAD	n.º de registos agrupados num GDH de R/N tendo o doente idade adulta
GERR	total de registos não agrupados (GDH 0), mal agrupados (GDH # 470) ou não classificáveis por causa do diagnóstico principal (GDH 470)
GXERR	total de registos não agrupados (GDH 0), mal agrupados (GDH # 470), ou não classificáveis por motivo que não o diagnóstico principal
PWADV	n.º de registos com diagnóstico de intoxicação e causa externa de efeito adverso
FALTADV	n.º de registos com falta de causa externa para diagnóstico de efeito adverso
FALTBTRT	n.º de registos com falta de causa externa para diagnóstico de maus tratos
FALTCOMP	n.º de registos com falta de causa externa para diagnóstico de complicação
FALTEFTD	n.º de registos com falta de causa externa para diagnóstico de efeito tardio
FALTPOIS	n.º de registos com falta de causa externa para diagnóstico de intoxicação
FALTQUEIM	n.º de registos com falta de causa externa para diagnóstico de queimadura
FALTRAD	n.º de registos com falta de causa externa para diagnóstico de efeito de radiações
FALTRAUM	n.º de registos com falta de causa externa para diagnóstico de traumatismo

<i>nome</i>	<i>informação armazenada</i>
FALTCEXT	total de registos com falta de causa externa
FALTPROC	n.º de registos sem procedimentos registados
FALTDSRG	n.º de registos com falta de data da primeira cirurgia
CEXTINESP	n.º de códigos de causa externa inespecífica
SOLOCAL	n.º de registos com codificação do local ocorrência mas não da circunstância
DPDUPL	n.º de registos c/código diagnóstico principal duplicado
DPINAC	n.º de registos com diagnóstico principal inaceitável
DPINESP	n.º de registos com diagnóstico principal inespecífico
DPMANIF	n.º registos c/manifestação como diagnóstico principal
DPQUEST	n.º registos c/admissão questionável como diagnóstico principal
DPSINT	n.º registos com sintoma como diagnóstico principal
DPSUGERE	n.º registos c/diagnóstico principal sugerindo outros diagnósticos
DPTARDIO	n.º registos com efeito tardio como diagnóstico principal
REQUERDS	n.º registos com 'requer diagnóstico secundário'
NRQUEST	soma de dpquest + dpmanf + dpsint + requerds
DGDUPL	soma de dpdupl + dsdupl
DSDUPL	n.º registos c/códigos de diagnóstico secundário duplicados
DSINAC	n.º registos c/diagnóstico secundário inaceitável (V30)
DSINESP	n.º registos c/códigos de diagnóstico secundário inespecíficos
PRINESP	n.º de procedimentos cirúrgicos inespecíficos
ADVINESP	n.º registos com diagnóstico de efeito adverso inespecífico
UNREL	n.º de procedimentos no bloco não relacionado com os diagnósticos do registo
MFSNEO	n.º registos com código de morfologia sem diagnóstico de neoplasia
LUZSPROC	n.º registos c/parto referenciado, mas parto não codificado
LUZSDIAG	n.º registos com parto referenciado em mulher sem diagnóstico de maternidade
LUZSOUTC	n.º registos c/parto s/codificação do produto do parto
LUZS5DIG	n.º registos com parto referenciado e 5º dígito incoerente
LUZSPRPR	n.º registos c/diagn. de parto referenciado, falta o procedimento e o produto do parto
PARTDIPR	n.º registos c/parto referenciado em mulher s/diag. maternidade, falta diagn. e produto
PRODDIPR	n.º registos com produto do parto, falta o diagnóstico e o procedimento
PROCDUPL	n.º códigos de procedimento duplicado
CESARC	n.º de cesarianas clássicas
CESARO	n.º de outras cesarianas
CESART	n.º total de cesarianas
EPISPAR	n.º de registos com episiotomia sem codificação do parto
EPISIAS	n.º registos com episiotomia simples e episiotomia associada a fórceps ou ventosa
NEPISI	n.º registos com episiotomia
FORCVESP	n.º registos c/diagnóstico de fórceps/ventosa sem codificação do procedimento
AMBULA	n.º possíveis situações de ambulatório no internamento
GAMBUL	n.º registos com verdadeiro GDH de ambulatório conforme Portaria
NAMBUL	n.º registos com GDH de ambulatório não constante na Portaria
ACIMALIM	n.º de registos acima do / no limiar superior
LONGSCC	n.º registos c/internamento prolongado s/CCs assinaladas
GINCON	n.º registos GDH inconsistente c/tempo de internamento
ARESI	n.º registos com residência fora do concelho do hospital
CRESI	n.º registos com residência no concelho do hospital
NRESI	n.º registos com residência preenchida com 999999
REDSFRAC	n.º registos com procedimento de redução sem diagnóstico de fractura
FRACSRED	n.º registos com diagnóstico de fractura sem procedimento de redução
REDSLUXA	n.º registos com procedimento de redução sem diagnóstico de luxação
LUXASRED	n.º registos com diagnóstico de luxação sem procedimento de redução

<i>nome</i>	<i>informação armazenada</i>
QMSAR	n.º registos com diagnóstico de queimadura sem especificação da sua área
DISPCMK	n.º registos com pacemaker sem terminais ou vice-versa
COMBPCMK	n.º registos com combinação errada de pacemaker e terminais
NPACEMK	n.º registos com pacemakers
NSUTUR	n.º registos com sutura de órgãos
SUTSL	n.º registos com procedimento de sutura sem diagnóstico de lesão
NSTENT	n.º registos com stents coronários
STSANG	n.º registos com inserção de stents coronários sem angioplastia
SCORINT	n.º registos com síndrome coronário intermediário vs aterosclerose coronária
XCARD	n.º de erros de cardiologia
VENTILT	n.º registos de traqueostomia sem ventilação mecânica

De cada vez que se solicitar o arquivamento dos indicadores de uma auditoria, é criada uma tabela a partir do *template* **GDINDIC.DBF** e armazenada no directório C:\Audit317\Dicador, num subdirectório com o nome do ano a que digam respeito os registos auditados, e com nome incluindo o código do hospital e o ano dos registos.

Alguns exemplos:

C:\Audit317\Dicador\1998\Joao1998

C:\Audit317\Dicador\2002\Gaia2002

Esta funcionalidade é particularmente útil no IGIF na altura em que são auditadas as bases de dados de todos os hospitais para a produção da Informação de Retorno.

## 8. HOSPITAL.DBF / .CDX

Tabela com os nomes e códigos dos hospitais do SNS.

## 9. JAHANR.DBF / .CDX

Tabela auxiliar utilizada na selecção aleatória de registos.

```

Structure for database: C:\AUDIT317\JAHANR.DBF
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1  NR          Numeric    6      Asc  Machine
** Total **
Index tag: NR      Key: NR
Index tag: NUMR    Key: NR
    
```



## 10. LIMIAR.DBF / .CDX

Tabela com os limiares dos tempos de internamento das várias portarias do D. R. relativas aos GDHs (de 1990 até, actualmente, 2003).

```

Structure for database: C:\AUDIT317\LIMIAR.DBF
Number of data records:      511
Date of last update   : 09/05/2003
Field  Field Name  Type      Width
  1    DRG         Numeric     3
  2    I1990       Numeric     2
  3    S1990       Numeric     3
  4    M1990       Numeric     3
  5    I1991       Numeric     2
  6    S1991       Numeric     3
  7    M1991       Numeric     3
  8    I1992       Numeric     2
  9    S1992       Numeric     3
 10    M1992       Numeric     3
 11    I1993       Numeric     2
 12    S1993       Numeric     3
 13    M1993       Numeric     3
 14    I1994       Numeric     2
 15    S1994       Numeric     3
 16    M1994       Numeric     3
 17    I1996       Numeric     2
 18    S1996       Numeric     3
 19    M1996       Numeric     3
 20    I1998       Numeric     2
 21    S1998       Numeric     3
 22    M1998       Numeric     3
 23    I2001       Numeric     2
 24    S2001       Numeric     3
 25    M2001       Numeric     3
 26    I2003       Numeric     2
 27    S2003       Numeric     3
 28    M2003       Numeric     3
 29    NR          Numeric     6
** Total **                      82
  
```

## 11. MDCS.DBF / .CDX

Tabela com as designações das Grandes Categorias Diagnósticas dos GDHs.

```

Structure for database: C:\AUDIT317\MDCS.DBF
Number of data records:      27
Date of last update   : 25/04/2000
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
  1    MDC         Numeric     2                Asc   Machine
  2    MDC_DESC    Character    60
** Total **                      63

Index tag: MDC   Key: MDC
  
```

## 12. MDCSDEF.DBF / .CDX

Tabela com as definições, em diagnósticos, das Grandes Categorias Diagnósticas.

```
Structure for database: C:\AUDIT317\MDCSDEF.DBF
Number of data records: 14054
Date of last update : 21/07/2002
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1   MDC          Character    2
   2   CODE          Character    5          Asc  Machine
** Total **
                                7

Index tag: MULT   Key: MDC+CODE
Index tag: CODE   Key: CODE
```

## 13. NDGW.DBF / .CDX

Tabela com os códigos e as designações dos diagnósticos da versão portuguesa da CID-9-MC.

```
Structure for database: C:\AUDIT317\NDGW.DBF
Number of data records: 15593
Date of last update : 21/07/2002
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1   CODE          Character    5          Asc  Machine
   2   NOME          Character   80          Asc  Machine
   3   CTRL          Numeric      4
   4   OLD           Character    5
   5   TRAUMAX       Character    1
   6   TSIGNIF       Character    1
** Total **
                                96

Index tag: CODE   Key: CODE
```

## 14. NMFWD.BF / .CDX

Tabela com os códigos e as designações dos procedimentos da versão portuguesa da CID-9-MC.

```
Structure for database: C:\AUDIT317\NMFWD.BF
Number of data records: 1076
Date of last update : 01/05/2002
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1   CODE          Character    5          Asc  Machine
   2   NAME          Character   80
   3   CTRL          Numeric      4
** Total **
                                90

Index tag: CODE   Key: CODE
```

## 15. NOPW.DBF / .CDX

Tabela com os códigos e as designações dos procedimentos da versão portuguesa da CID-9-MC.

```
Structure for database: C:\AUDIT317\NOPW.DBF
Number of data records: 4368
Date of last update : 30/06/2002
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1  CODE      Character    4           Asc  Machine
   2  NAME      Character   64           Asc  Machine
   3  CTRL      Numeric     4
   5  OLD       Character    4
  21  OBRIG     Logical      1
** Total **                      77

Index tag: CODE   Key: CODE
Index tag: NAME   Key: NAME
```

## 16. NUMEROS.DBF / .CDX

Tabela auxiliar para a selecção de ficheiros (a auditar) e para o registo de números nas opções de selecções de registos.

```
Structure for database: C:\AUDIT317\NUMEROS.DBF
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1  FICHEIRO  Character   80
   2  NUMERO    Numeric    14
** Total **                      95

Index tag: NAME   Key: FICHEIRO Unique
Index tag: NUMR   Key: NUMERO
```

## 17. PNames.DBF / .CDX

Tabela com informações relativas aos GDHs de várias versões HCFA.

```

Structure for database: C:\AUDIT317\PNAMES.DBF
Number of data records: 2458
Date of last update : 01/04/2001
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
  1  VER          Character    2
  2  MDC          Numeric      2
  3  DRG          Numeric      3          Asc  Machine
  4  DRG_DESC     Character   70
  5  CC           Character    1
  6  MP           Character    1
  7  AMBULAT      Logical      1
** Total **                      81

Index tag: VER_MDC   Key: VER+STR(MDC,2)+STR(DRG,3)
Index tag: DRG       Key: DRG
Index tag: VER_DRG   Key: VER+STR(DRG,3)
  
```

## 18. PORTAS.DBF / .CDX

Tabela com informações relativas às várias Portarias do Diário da República sobre os GDHs.

```

Structure for database: C:\AUDIT317\PORTAS.DBF
Number of data records: 9
Date of last update : 22/03/2001
Code Page : 0
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
  1  ANO          Numeric      4
  2  SAIDA        Date         8
  3  EFEITO       Date         8
** Total **                      21

Index tag: DATA    Key: EFEITO
  
```

## 19. QUESTION.DBF / .CDX

Tabela que regista vários tipos de informações necessárias à auditoria.

```

Structure for database: C:\AUDIT312\QUESTION.DBF
Number of data records:      289
Date of last update   : 11/08/2002
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1   CODE       Character    5      Index  Asc  Machine
   2   TIPO       Numeric     1
   3   QUAL       Character    1
** Total **                      8

Index tag: MULTI   Key: STR(TIPO,1)+CODE
Index tag: CODE    Key: CODE
  
```

O tipo de informações armazenadas nesta tabela diz respeito a:

tipo	informação
1	admissão questionável como diagnóstico principal
2	insuficiência cardíaca em codificação múltipla
3	hemorragia digestiva em codificação múltipla
4	insuficiência renal em codificação múltipla
5	diagnóstico principal inespecífico
6	requer diagnóstico secundário
7	efeito tardio como diagnóstico principal
8	<b>exclusão</b> de diagnóstico secundário inespecífico
9	diagnóstico secundário inaceitável
10	diagnósticos principais ou adicionais complicando o parto (GDH 372)

## 20. RECORDS.DBF / .CDX

Tabela auxiliar utilizada no durante as listagens de auditoria de modo a permitir a re-visualização no ecrã de um registo já listado (navegação para trás).

```

Structure for database: C:\AUDIT312\RECORDS.DBF
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1   NUMERO     Numeric    7
   2   SEQUENC    Numeric    7
** Total **                      15

Index tag: NUMR   Key: NUMERO
  
```

## 21. RECURSO.DBF / .CDX

Tabela que regista casos de estabelecimento de relações entre determinados procedimentos no bloco operatório e determinados diagnósticos, relações não evidentes apenas a partir do Apêndice E "*Procedure Code / DRG Index*" do *DRGs Definitions Manual*.

```
Structure for database: C:\AUDIT312\RECURSO.DBF
Number of data records:      503
Date of last update   : 03/08/2002
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1   SRG        Character    4      Index  Asc  Machine
   2   DDX        Character    5
   3   FRACT      Logical      1
** Total **                      11

Index tag: MULT   Key: SRG+DDX
Index tag: DSRG   Key: DDX+SRG
Index tag: SDDX   Key: SRG+DDX   For: FRACT
```

## 22. SRVBLANK.DBF

Ficheiro *template* para as tabelas com os serviços de internamento.

É utilizado com duas finalidades: para a selecção de registos de determinado(s) serviço(s), e para o registo de abreviaturas (mais legíveis) a fazer aparecer nas listagens de auditoria.

Quando se executa a opção "Tabela dos Serviços" do menu "OPÇÕES DE CONFIGURAÇÃO" é criada uma tabela **XXXX.DBF** no directório

C:\audit317\dicador\servicos, em que XXXX correspondem às quatro letras que identificam o hospital (por exemplo, JOAO, MPIA, MARI, IPOL, etc.)

```
Structure for database:
C:\AUDIT317\DICADOR\SERVICOS\SRVBLANK.DBF
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1   SERV        Character    8
   2   ABREV       Character   10
** Total **                      19
```

### 23. SUTURAS. DBF / .CDX

Tabela que regista determinados códigos de sutura ou reparação de órgão e códigos de diagnósticos (doença ou lesão) que será lícito esperar se relacionem com a dita sutura ou reparação.

```
Structure for database: C:\AUDIT312\SUTURAS.DBF
Number of data records:      64
Date of last update   : 12/08/2002
Field  Field Name  Type      Width  Dec  Index  Collate
   1   SRG        Character    4             Asc  Machine
   2  LACERACOES  Character   80             Asc  Machine
   3   ORGAO      Character   32             Asc  Machine
   4  ORGANICA    Character   17             Asc  Machine
   5   ORDEM      Numeric     2             Asc  Machine
** Total **                      136

Index tag: ORGAO      Key: ORGAO
Index tag: LACER      Key: LACERACOES
Index tag: SRG        Key: SRG
Index tag: ORDEM      Key: ORDEM
```

## 24. V6TOIGIF.DBF / .CDX

Tabela *template* destinada à junção das duas tabelas de exportação do Integrador para o IGIF, gravação opcional com outro nome, e auditoria conjunta.

Structure for database: C:\AUDIT312\V6TOIGIF.DBF					
Field	Field Name	Type	Width		
1	HOSP_ID	Character	4	82	SERV19
2	PATNO	Numeric	10	83	ENT19
3	SEX	Numeric	1	84	SAID19
4	B_DATE	Date	8	85	DDX1
5	FIN_RESP	Character	3	86	DDX2
6	BEN_NUM	Character	16	87	DDX3
7	CAUSAD	Character	4	88	DDX4
8	CAUSAD2	Character	4	89	DDX5
9	CAUSAD3	Character	4	90	DDX6
10	CAUSAD4	Character	4	91	DDX7
11	CAUSAD5	Character	4	92	DDX8
12	CAUSAD6	Character	4	93	DDX9
13	CAUSAD7	Character	4	94	DDX10
14	CAUSAD8	Character	4	95	DDX11
15	CAUSAD9	Character	4	96	DDX12
16	CAUSAD10	Character	4	97	DDX13
17	CAUSAD11	Character	4	98	DDX14
18	CAUSAD12	Character	4	99	DDX15
19	CAUSAD13	Character	4	100	DDX16
20	CAUSAD14	Character	4	101	DDX17
21	CAUSAD15	Character	4	102	DDX18
22	CAUSAD16	Character	4	103	DDX19
23	CAUSAD17	Character	4	104	DDX20
24	CAUSAD18	Character	4	105	SRG1
25	CAUSAD19	Character	4	106	SRG2
26	CAUSAD20	Character	4	107	SRG3
27	ADM_DIAG	Character	5	108	SRG4
28	SERV1	Character	8	109	SRG5
29	ENT1	Date	8	110	SRG6
30	SAID1	Date	8	111	SRG7
31	SERV2	Character	8	112	SRG8
32	ENT2	Date	8	113	SRG9
33	SAID2	Date	8	114	SRG10
34	SERV3	Character	8	115	SRG11
35	ENT3	Date	8	116	SRG12
36	SAID3	Date	8	117	SRG13
37	SERV4	Character	8	118	SRG14
38	ENT4	Date	8	119	SRG15
39	SAID4	Date	8	120	SRG16
40	SERV5	Character	8	121	SRG17
41	ENT5	Date	8	122	SRG18
42	SAID5	Date	8	123	SRG19
43	SERV6	Character	8	124	SRG20
44	ENT6	Date	8	125	DSP
45	SAID6	Date	8	126	DSP_OUTR
46	SERV7	Character	8	127	BIRTH_WGT
47	ENT7	Date	8	128	ICU
48	SAID7	Date	8	129	ADM_TIP
49	SERV8	Character	8	130	HOSP_TO
50	ENT8	Date	8	131	HOSP_FROM
51	SAID8	Date	8	132	MEDIC
52	SERV9	Character	8	133	DIAS1
53	ENT9	Date	8	134	DIAS2
54	SAID9	Date	8	135	DIAS3
55	SERV10	Character	8	136	DIAS4
56	ENT10	Date	8	137	TOTDIAS
57	SAID10	Date	8	138	SAIDLAST
58	SERV11	Character	8	139	AGE
59	ENT11	Date	8	140	NEW
60	SAID11	Date	8	141	VERSION
61	SERV12	Character	8	142	DRG
62	ENT12	Date	8	143	MDC
63	SAID12	Date	8	144	RTC
64	SERV13	Character	8	145	RESIDE
65	ENT13	Date	8	146	MDC_PRIV
66	SAID13	Date	8	147	DRG_PRIV
67	SERV14	Character	8	148	VER_PRIV
68	ENT14	Date	8	149	ICD9_VER
69	SAID14	Date	8	150	DIAG_MAP
70	SERV15	Character	8	151	PROC_MAP
71	ENT15	Date	8	152	NUM_EPISOD
72	SAID15	Date	8	153	INTERV_CIR
73	SERV16	Character	8	154	PRE_OP
74	ENT16	Date	8	155	MEDCOD
75	SAID16	Date	8	156	MORF_TUM
76	SERV17	Character	8	157	DSP_GDH
77	ENT17	Date	8	158	FINRESP_NO
78	SAID17	Date	8	159	HOSP_TO_OUT
79	SERV18	Character	8	160	HOSPFROM_O
80	ENT18	Date	8	161	MOT_TRANSF
81	SAID18	Date	8	** Total **	
					910
Index tag: PATN Key: PATNO					
Index tag: EPIS Key: NUM_EPISOD					







## Anexo 9 - Recursos de Codificação e de Auditoria

Os documentos considerados fontes autorizadas de informação para codificação pela CID-9-MC são os seguintes:

### **1. Manual da International Classification of Diseases, 9<sup>th</sup> Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)**

O seu desenvolvimento é da responsabilidade das quatro partes cooperantes, identificadas a seguir, e a sua publicação é livre. Várias editoras publicam edições anuais, enriquecendo-as com notas, convenções, cores, etc., mas devendo respeitar sempre a versão oficial. Também se encontram o índice alfabético e a lista tabular na internet: basta aceder à página do *National Center for Health Statistics*, integrada nos *Centers for Disease Control and Prevention* os quais fazem parte, por sua vez, do *U.S. Department of Health and Human Services*. No endereço <http://www.cdc.gov/nchs/icd9.htm#RTF> existe a possibilidade de *download* da ICD-9-CM em formato texto.

### **2. Official ICD-9-CM Guidelines for Coding And Reporting**

Publicadas inicialmente na edição do 4<sup>th</sup> Quarter 1995 do *Coding Clinic* e várias vezes revistas posteriormente. A última revisão é de 1/10/2003 (*Coding Clinic* do 4<sup>th</sup> Quarter 2003).

Publicadas actualmente pelo *Public Health Service* e pelos *Centers for Medicare and Medicaid (CMS)* (ex *Health Care Financing Administration, HCFA*) do *U.S. Department of Health and Human Services*.

Estão disponíveis em <http://www.cdc.gov/nchs/data/icd9/icdguide.pdf>

São desenvolvidas e aprovadas pelas partes cooperantes para a ICD-9-CM:

#### ***American Hospital Association (AHA)***

Agência privada que divulga as regras de codificação desenvolvidas pela HCFA, os NCHS e a AHIMA, através da publicação trimestral do *Coding Clinic*.

#### ***American Health Information Management Association (AHIMA)***

Agência privada em que se associam os agentes relacionados com as questões dos registos médicos e que se empenha na formação, divulgação e orientação.

#### ***Centers for Medicare and Medicaid (CMS), ex HCFA***

Agência governamental americana que regula e vigia os programas Medicare e Medicaid e ... Faz parte do ICD-9-CM *Coordination and Maintenance Committee*, tendo a seu cargo o Volume 3 - **procedimentos**.

### ***National Center for Health Statistics (NCHS)***

Agência governamental americana responsável pela actualização dos diagnósticos, que passa por várias audições anuais e pela publicação no *Federal Register*. Faz parte do ICD-9-CM *Coordination and Maintenance Committee*, tendo a seu cargo os Volumes 1 e 2 - **diagnósticos**.

## **3. Coding Clinic for ICD-9-CM**

Publicado trimestralmente pela *American Hospital Association* (AHA). Ver em: <http://www.ahaonlinestore.com/ProductDisplay.asp?ProductID=74&cartID=785920&PCatID=4>  
Compilado em CD pela 3M, reúne todas as edições desde 1984. Ver em: <http://www.ahaonlinestore.com/ProductDisplay.asp?ProductID=78&cartID=785920&PCatID=4>

Outras fontes úteis de informação:

## **4. Federal Register**

Jornal oficial onde se publica toda a legislação americana, incluindo a da saúde e, daí, a relativa à codificação e aos GDHs.

Da discussão pública que mantém, acompanhando o desenvolvimento da ICD-9-CM, podemos compreender a finalidade e a utilização dos códigos novos.

Endereço para pesquisas: [http://www.access.gpo.gov/su\\_docs/aces/aces140.html](http://www.access.gpo.gov/su_docs/aces/aces140.html)

## **5. Office of the Inspector General (OIG) Guidance documents**

O *Office of the Inspector General (OIG)* publica no *Federal Register*, desde há alguns anos, orientações que ajudam na definição e condução de rotinas de auditoria interna necessárias, entre outras, à garantia de qualidade da codificação clínica.

Entre os vários destinatários destas orientações contam-se os hospitais de agudos e as agências que processam as *claims* para reembolso relativas aos episódios de internamento. Aqui ficam, para os interessados e para *download*, as referências destas orientações.

### **OIG Compliance Program Guidance for Hospitals**

Federal Register, 23/2/1998, pág. 8987-8998 [<http://frwebgate4.access.gpo.gov/cgi-bin/waisgate.cgi?WAISdocID=2298266061+4+1+0&WAISaction=retrieve>]

### **OIG Compliance Program Guidance for Third-Party Medical Billing Companies**

Federal Register, 18/12/1998, pág. 70138-70152 [<http://frwebgate4.access.gpo.gov/cgi-bin/waisgate.cgi?WAISdocID=2298266061+0+1+0&WAISaction=retrieve>]

## **6. Payment Error Prevention Program (PEPP)**

Vários programas americanos de iniciativa governamental têm desenvolvido acções com o objectivo de diminuir os erros (e daí a fraude e o abuso) e promover a qualidade da codificação clínica.

Estes programas foram executados durante vários anos pelas *Peer Review Organizations*, e centraram-se em objectivos concretos identificados a partir das situações de erro mais frequentes (por exemplo, revisão de determinados GDHs).

A vantagem dos PEPP, para nós, está no facto da sua ampla divulgação na internet, e da incorporação nos seus textos das regras de codificação, recolhidas do *Coding Clinic*, e aplicáveis a cada caso. Veja-se, a título de exemplo, as "Coding Guidelines" da *Texas Medical Foundation*, em: <http://www.tmf.org/pepp/codeguide.html>

## **7. Statement of Work (SOW)**

As *Peer Review Organizations* deram origem às *Quality Improvement Organizations* (*QIOs*), e os PEPPs aos SOWs.

Os interessados poderão procurar as informações relativas a estes programas de melhoria de qualidade no sítio dos CMS:

## **8. Planos de Conformidade da Codificação**

Sob designações várias, mas incluindo "Coding Compliance Plan", "Coding Compliance Program", "Coding Protocols" e "Organizational Coding Guidelines", encontram-se na internet vários documentos que ajudam na criação dum plano de Conformidade da Codificação. Este é essencial para a manutenção de rotinas de auditoria interna, por sua vez importantes para a obtenção dum nível superior de qualidade da codificação.

Ver, a título de exemplo, as referências:

Jornal da AHIMA:

<http://www.ahima.org/journal/pb/01.01.1.html>

Constructing a Coding Compliance Plan:

[http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/pub\\_bok1\\_013768.html](http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/pub_bok1_013768.html)

Monitoring Coding Compliance, por Richard F. Averill, M.S.

<http://www.3m.com/market/healthcare/his/us/documents/reports/compliance.pdf>

9.



## **Anexo 10 – Versões dos Agrupadores HCFA e Portarias do Diário da República**

<b>Agrupador HCFA</b>	<b>Portaria</b>	<b>Diário da República</b>	<b>Datas de aplicação</b>
versão 6.0	409/90 de 31 de Maio	I, N.º 125, p. 2408	1/06/90 a 3/07/91
"	608/91 de 4 de Julho	I-B, N.º 151, p. 3454	4/07/91 a 2/05/92
"	378-A/92 de 2 de Maio	I-B, N.º 101, p. 2032-(2)	2/05/92 a 5/08/93
"	720/93 de 6 de Agosto	I-B, N.º 183, p. 4222	6/08/93 a 31/05/94
"	388/94 de 16 de Junho	I-B, N.º 137, p. 3133	1/06/94 a 31/10/96
versão 10.0	756/96 de 24 de Dezembro	I-B, N.º 297, p. 4605	1/11/96 a 30/06/98
"	348-B/98 de 18 de Junho		1/07/98 a 31/03/01
versão 16.0	189/2001 de 9 de Março	I-B, N.º 58, p.1299	1/04/01 a 28/02/03
"	132/2003 de 5 de Fevereiro	I-B, N.º 30, p. 743	1/03/03 a ...





## Anexo 11 - Ficheiro de configuração do FoxPro (Config.FP)

Vários dos modos de funcionamento do FoxPro são estabelecidos no seu ficheiro de configuração, **CONFIG.FP**, lido na altura do arranque dum programa, por exemplo, quando se activa um *shortcut* que faz correr o programa Auditor.

Algumas das configurações são alteradas dentro do Programa Auditor.

Outras permanecem inalteradas, ou não é mesmo possível alterá-las dentro do Auditor, pelo que pode haver interesse em controlá-las externamente.

Aqui ficam alguns exemplos de configuração de opções em relação às quais pode haver interesse na sua modificação

<i>item</i>	<i>utilização</i>
RESOURCE=C:\FOXPRO26\FOXUSER.DBF	ficheiro de recursos do FoxPro
EDITWORK=E:\TEMP\EDITWORK	<i>temps</i> para o editor de texto
SORTWORK=E:\TEMP\SORTWORK	<i>temps</i> para índices
PROGWORK=E:\TEMP\PROGWORK	program cache file
AUTOSAVE = ON	modo de gravação automática
CENTURY = ON	século nas datas
COLOR OF BOX = GR+/BG	cores
COLOR OF HIGHLIGHT = GR+/BG	
COLOR OF INFORMATION = B/W	
COLOR OF FIELDS = N/BG	
COLOR OF MESSAGES = GR+/B	
COLOR OF NORMAL = W+/B	
COLOR OF TITLES = W/B	
DATE = BRITISH	formato DD/MM/AAAA
EXCLUSIVE = OFF	modo de abertura das tabelas
MVCOUNT = 1000	n.º máximo variáveis programa
POINT = ","	ponto decimal
REFRESH = 1	tempo de refrescamento
SAFETY = ON	modo de segurança
SEPARATOR = "."	separador milhares / centenas ...
SHADOW = OFF	sombra nas janelas
STATUS = ON	linha de <i>status</i>
TALK = ON	eco
TYPEAHEAD = 127	<i>buffer</i> do teclado
CATMAN = OFF	catalog manager

...	
-----	--

## **Anexo 12 – As duas listagens estatísticas do programa Auditor**

O programa Auditor comporta dois tipos de listagens estatísticas: a primitiva e a mais recente (ou oficial).

A principal diferença entre as duas reside no facto de a mais recente, utilizada pelo IGIF, permitir a comparação dos valores duma auditoria com os valores armazenados duma auditoria prévia; podem, assim, por exemplo, comparar-se os indicadores de 2004 com os de 2003.

A listagem primitiva não prevê a comparação de indicadores mas, por outro lado, é exhaustiva, no sentido de contemplar todas as situações que o programa é capaz de identificar. E isto porque, à medida que se vão implementando mais validações ou contagens, é na listagem estatística primitiva que se vão incluindo os resultados. Só mais tarde é que o IGIF indica onde eles devem aparecer (na listagem oficial), com que ordenação e com que termos de comparação.

Apresentam-se a seguir estas duas listagens, explicando o significado dos seus valores, e deixando algumas indicações sobre a sua utilização.

Apresenta-se à direita a primeira página da listagem estatística primitiva [P].

A primeira e a segunda linhas indicam o nome, a localização e o número de registos do ficheiro que foi auditado (ver Secção 10) e do ficheiro utilizado para a confirmação de registos (ver Secção 9).

As duas linhas seguintes indicam quantos registos do ficheiro foram, de facto, revistos e quantos deles não mereceram qualquer mensagem de alerta ou de erro.

O número de registos revistos só será diferente do número total de registos do ficheiro quando se tiver aplicado algum critério de selecção de registos (ver Secções 13 e 14).

O quadro seguinte, **ESTATÍSTICA DE CÓDIGOS E ERROS**, apresenta os números totais de códigos incluídos no ficheiro. Cada uma das linhas do quadro indica o número total de códigos (de diagnósticos adicionais, por exemplo), o respectivo número médio (de diagnósticos adicionais) por registo, o número de códigos errados (relativamente à CID-9-MC, não às regras de codificação) e respectiva percentagem de erros.

A última linha do quadro, **Identificação doente/registo**, contabiliza todas as situações de ausência ou de erro relativas às datas de nascimento, de admissão, de alta ou de cirurgia, aos números de doente, de episódio, de idade em anos, ou de peso do recém-nascido, bem como aos códigos de tipo de admissão, de sexo, de destino após a alta, de outros destinos após a alta e de motivo de transferência para outro hospital.

Encontram-se a seguir os números de erros de códigos da CID-9-MC separadamente por diagnósticos, procedimentos, causas externas e morfologia neoplásica, com uma primeira coluna, **nº**, para o número de ocorrências, uma segunda, **%**, para a percentagem em relação ao número global de códigos respectivos (de procedimentos, por exemplo), uma terceira, **'X'**, para as situações que ficaram a assinalar códigos por corrigir, e uma última, **tot.**, para o número total de cada tipo.

A secção seguinte, **NÚMERO DE DOENTE/EPISÓDIO em branco**, discrimina os números de erros de datas, de números e de códigos relativos à identificação do doente, do registo e do episódio de internamento.

Para uma listagem dos valores permitidos em cada um dos códigos incluídos ver, na Secção 17, a descrição das mensagens: **código de destino após a alta (xx) inválido [70]**, **código de outros destinos (x) inválido [161]**, **código de motivo de transferência (x) inválido [157]**, **código de sexo (x) inválido [210]** e **código de tipo de admissão inválido [217]**.

Ver na mesma Secção 17, as mensagens relativas às datas: **data da cirurgia preenchida sem procedimento no BO [353]**, **data de admissão inválida; impossível validar a idade [343]**, **data de alta inválida [350]**, **data de nascimento inválida; impossível validar a idade [357]** e **procedimento no bloco operatório: falta a data da cirurgia [808]**.

A última secção desta primeira página, **GDHs 470 / GDHs 0**, indica os números de registos mal agrupados (o agrupador HCFA DRG versão 16.0, de Outubro de 1998, é o utilizado actualmente em Portugal – ver Secção 25) discriminados, se possível, pela causa.

AUDITOR DE GDHs \* IGIF - DDSFG  
=====

[D:\GDH\LHSJ.DBF] 682765 registos  
[D:\GDH\468ASSIN.DBF]: 7074 registos confirmados  
Seleccção: altas entre 01/01/2004 e 30/06/2004

Número de registos revistos: 21872  
Número de registos sem mensagens de alerta/erro: 8209

+-----+   ESTATISTICA DE CODIGOS E ERROS   +-----+				
	total	média	erros	%
Diagnósticos	128336	5.87	23	0.02
de admissão	21872	1.00	1	0.00
principais	21872	1.00	5	0.02
adicionais	84592	3.87	17	0.02
Procedimentos	116132	5.31	1	0.00
Causa Externa	4187	0.19	0	
Morfologia	224	0.01	0	
Identificação doente/registo	240592	11.00	6	0.00

	n°	%	'X'	tot.
Categorias de <b>DIAGNÓSTICOS</b> (3 díg.) erradas				
falta 4° ou 5° dígito				
4° ou 5° dígito inválido	22	95.65	8	23
Categorias de <b>PROCEDIMENTOS</b> (2 díg.) erradas				
falta 3° ou 4° dígito				
3° ou 4° dígito inválido	1	100.00	1	1
Categorias de <b>CAUSA EXTERNA</b> (3 díg.) erradas				
falta o 4° dígito				
4° dígito inválido				
Categorias de <b>MORFOLOGIA</b> (4 díg.) erradas				
falta o 5° dígito				
5° dígito inválido				

<b>NÚMERO DE DOENTE/EPISÓDIO</b> em branco	0
datas Nascimento/Admissão/Cirurgia/Alta	6
idade	
sexo	
peso à nascença	
tipo de admissão	
destino após alta	
outros destinos	
motivo de transferência	6

<b>GDHs 470 / GDHs 0</b>	
Diagn. Principal errado ou em branco	5
Registo não agrupado correctamente	1
Registo não agrupado	1
Outros erros	6

\*\*\*\*\* AUDITOR v3.17 \* 21/08/2004 - 20:45:43 - HOSPITAL SÃO JOÃO - Página 1 \*\*\*\*\*

Encontra-se à direita a página 2 da listagem estatística primitiva do programa Auditor.

A começar nesta página, as colunas apresentadas indicam o número de situações de erro ou alerta (**nº**), a sua percentagem relativamente ao conjunto de registos em que aparece a mesma situação a codificar (**%**), o número de casos que foram alegadamente revistos e confirmados pelo médico Auditor (**confirm.**) e respectiva percentagem (**%**), bem como a legenda aplicável.

Uma legenda (99) significa apenas que não foi ainda definido pelo IGIF, o denominador de referência para aplicação de percentagem.

A primeira secção, **Códigos de Causa Externa**, apresenta as mensagens relativas às causas externas. As duas primeiras linhas, identificam as raras situações de código apenas com a letra (E) e de código de causa externa no local dos diagnósticos, que têm a ver com os anos iniciais de implementação do programa Integrador e de constituição da base de dados do IGIF.

A linha de código E inespecífico apareceu recentemente e pretende assinalar os casos codificados com E928.9, de causa externa não especificada.

As linhas seguintes identificam as situações de diagnósticos de complicação de cuidados médicos, de efeitos adversos, de radiação e tardios, de intoxicação, de maus tratos, de queimaduras e de traumatismo em que, ou não foram codificadas as respectivas causas externas, ou as causas externas apresentadas não estão relacionadas com o tipo de diagnóstico em causa.

Veja-se na Secção 17, na mensagem **diagnóstico de queimadura: causa externa não codificada [445]**, um exemplo de como a cada tipo de diagnóstico que pede causa externa, se podem associar apenas determinados tipos de causas externas, para que a respectiva relação seja validada como estando em conformidade.

Assinalam-se ainda os casos de codificação apenas do local de ocorrência, sem classificação da necessária causa externa (circunstância da lesão).

A secção seguinte, **Códigos de Diagnóstico**, descreve as situações de erro ou alerta decorrentes dos códigos de diagnóstico.

Repare-se, em especial, nos diagnósticos questionáveis, de manifestação, de sintoma e de efeito tardio, ou que requerem diagnóstico adicional. Enquanto que alguns constituem definitivamente situações de erro (diagnóstico de manifestação ou de efeito tardio) e nunca deverão ser validados e confirmados, outros podem ser erro ou não e, por isso, poderem merecer confirmação. A contabilização destas situações deverá ser comunicada periodicamente à Direcção Clínica, para que se vão reduzindo progressivamente os internamentos indevidos e sua consequente eliminação da produção do Hospital por parte do IGIF.

Veja-se na Secção 17 a definição da mensagem **diagnóstico de efeito adverso inespecífico (995.2) [401]** relativa a uma situação que, tradicionalmente, não tem vindo a ser bem compreendida pelos codificadores.

Em relação aos diagnósticos de fractura e de luxação não acompanhados de procedimento de redução, lembremo-nos que são estas situações que devem ser verificadas e confirmadas; nalguns casos, como nas clavículas e nos fémures, a presença dum cruzado posterior ou duma tracção cutânea é suficiente para que não apareça a mensagem de alerta.

A última secção desta página, **Códigos de Morfologia**, contabiliza as situações em que foi codificada uma morfologia neoplásica sem haver qualquer código de diagnóstico de neoplasia.

+-----+  
| **INDICADORES DE ALERTA** |  
+-----+

<b>Códigos de Causa Externa</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>confirm. %</b>	<b>leg.</b>
Código E em branco				
Código E no local dos diagnósticos				
Código E inespecífico	7	0.17		
Diagnóstico complicação: causa externa não codific	11	0.78		(99)
Diagnóstico ef. adverso: causa externa não codific.	6	7.32		(99)
Diagnóstico ef. radiação: causa externa não codific				(99)
Diagnóstico ef. tardio: causa externa não codific.				(99)
Diagnóstico intoxicação: causa externa não codific.				(9)
Diagnóstico intoxicação e causa externa ef. adverso				(99)
Diagnóstico maus tratos: causa externa não codific.				(99)
Diagnóstico queimadura: causa externa não codific.				(99)
Diagnóstico traumatismo: causa externa não codific.	2	0.15		(10)
D. ef.adv/ef.tard/compl/intox/traum. c.ext.n/relac.	8	0.26		(99)
Só codif.local ocorr., falta a c.ext. circunstância	1	0.06		(99)
Total registos com falta de causa externa (relac.)	19	0.61		(11)

<b>Códigos de Diagnóstico</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>confirm. %</b>	<b>leg.</b>
Diagnóstico Principal em branco				(20)
Diagnóstico Principal inaceitável clinicamente	24	0.11	15 62.50	(20)
<b>Diagnóstico Principal questionável</b>				
- admissão questionável	13	4.69	11 84.62	(8)
- manifestação				(8)
- sintoma	264	95.31	154 58.33	(8)
- efeito tardio				(8)
- requer diagnóstico adicional				(8)
<b>Total:</b>	<b>277</b>	<b>1.27</b>		(20)
Diagnóstico Principal inespecífico	400	1.83	207 51.75	(20)
Diagnóstico Principal sugere proced. não codificado	N/A			(20), (21)
Diagnóstico adicional inaceitável	1	0.00		(7)
Diagnóstico adicional inespecífico	5551	6.56		(7)
Diagnóstico de efeito adverso inespecífico (995.2)	2	0.00		(6)
Diagnóstico de fractura sem procedimento de redução	8	0.58	4 50.00	(10)
Diagnóstico de luxação sem procedimento de redução	1	0.07		(10)
Diagnóstico de queimadura sem especific. área queimada				(99)
Diagnósticos (Principal/outros) duplicados	21	0.02		(6)
Erro recolha: código diagnóstico em minúsculas				(99)

<b>Códigos de Morfologia</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>confirm. %</b>	<b>leg.</b>
Código morfologia sem diagnóstico de neoplasia	1	0.45		(7)

\*\*\*\*\* AUDITOR v3.17 \* 21/08/2004 - 20:45:43 - HOSPITAL SÃO JOÃO - Página 2 \*\*\*\*\*

Em frente, à direita, está mais uma página (a número 3) da listagem estatística do Auditor.

Começa com a secção de **Códigos de Procedimento**.

A linha dos códigos de procedimentos duplicados será daquelas com maior percentagem de confirmações quando se referir à cirurgia do ambulatório (como é o caso da cura cirúrgica bilateral de varizes).

Os procedimentos no BO sem diagnóstico relacionado não constituem necessariamente uma situação de erro. O programa tem vindo a recensar muitas situações referidas de procedimentos para os quais não estava previsto um diagnóstico relacionado.

Já o mesmo não acontece com a sutura de órgão sem diagnóstico da lesão respectiva: as situações a confirmar são cada vez menos.

Os procedimentos de redução sem diagnóstico de fractura ou de luxação traduzem, quase sempre, situações de erro e exigem revisão e correcção.

O quadro seguinte, dos **TEMPOS DE INTERNAMENTO EXCEPCIONAIS**, reúne informação relativa aos episódios de **Curta duração**, de **Ambulatório** e de **Longa duração**.

Os internamentos de **Curta duração** estão primeiro divididos em **abaixo do limiar inferior** e **no limiar inferior**. Segue-se a contabilização dos internamentos de **zero dias** (em que a data de admissão é igual à data de alta), dos internamentos de **um dia** (em que o limiar inferior é 1), e dos internamentos com **outros tempos** (abaixo do limiar inferior). A última coluna refere-se aos internamentos de **um dia** (em que o limiar é 0, ou seja, aqueles que contabilisticamente estão acima do limiar inferior).

As situações mais importantes serão as de zero dias que encaixem na definição de **possível situação de ambulatório no internamento [784]**, de **verdadeiro GDH de ambulatório conforme a Portaria do D.R. [882]** e de **GDH de ambulatório não constante na Portaria do D.R. [560]** (vejam-se as respectivas definições na Secção 17). Serão as primeiras (possíveis situações de ambulatório) aquelas que o IGIF eliminará da produção do Hospital, com excepção das justificadas: doentes transferidos, falecidos, procedimentos não realizados (V64.3) e alta por exigência. Tanha-se em conta, por isso, as Outras situações dos episódios de zero dias.

Os internamentos de **(Cirurgia do) Ambulatório** são considerados a seguir. Separam-se os que constam da Portaria do Diário da República dos que não constam (mas que poderão eventualmente vir a ser considerados), e identificam-se ainda os GDHs médicos com tempo de internamento de zero dias.

Por fim, os internamentos de **Longa duração** identificam os episódios com tempos de internamento acima do limiar superior ou acima do limiar máximo. Dentro destes, os Internamentos prolongados sem CCs assinaladas traduzem quer insuficiente informação clínica ou codificação, quer uma atitude conservadora na altura das altas dos doentes; números elevados nestes itens devem levar a uma análise por parte da Direcção Clínica. Por outro lado, os episódios de Internamento prolongado, caso social, traduzem um deficiente apoio de Serviço Social ou de Cuidados Continuados e deverão ser discutidos com as respectivas estruturas da comunidade.



<b>Códigos de Procedimento</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>confirm.</b>	<b>%</b>	<b>leg.</b>
Código procedimento Bloco Operatório inespecífico	10	0.01	4	40.00	(7)
Códigos de procedimentos duplicados	822	0.71	634	77.13	(7)
Procedimento no BO sem diagnóstico relacionado	80	0.07	18	22.50	(7)
Procedimento de redução sem diagnóstico de fratura	1	0.07	1	100.00	(10)
Procedimento de redução sem diagnóstico de luxação	1	0.07			(10)
Sutura de órgão sem diagnóstico da lesão respectiva	8	4.91	4	50.00	(99)
Inserção de stent coronário s/angioplastia coronár.					(99)
Inserção/remoção pacemaker s/terminais ou vice-vers	2	1.09	1	50.00	(14)
Combinação errada de pacemaker e terminais					(14)
Verificar n/codificação ventilação em GDH traqueost	8	13.79			(99)
Não há procedimentos registrados	6	0.03	1	16.67	(20),(22)

+-----+  
**TEMPOS DE INTERNAMENTO EXCEPCIONAIS**  
+-----+

<b>Curta duração</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>confirm.</b>	<b>%</b>	<b>leg.</b>
GDHs inconsistentes com o Tempo de Internamento	136	0.62	44	32.35	(20),(28)

Limiar inferior / zero dias / um dia:

	<b>abaixo do</b>		<b>no</b>		<b>zero dias</b>		<b>um dia</b>		<b>outros</b>		<b>um dia</b>
	<b>limiar</b>		<b>limiar</b>		<b>(adm=alta)</b>		<b>(alta=adm+1)</b>		<b>tempos</b>		<b>lim=0</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
Transferidos	183	1.7	78	0.7	94	0.9	87	0.8	80	0.7	23
Falecidos	164	1.5	46	0.4	49	0.5	68	0.6	93	0.9	3
Pr.n/real.V64	72	0.7	141	1.3	103	1.0	81	0.7	29	0.3	73
Alta por exig.	31	0.3	48	0.4	43	0.4	21	0.2	15	0.1	12
Outras situaç.	722	6.7	3010	27.8	2553	23.6	504	4.7	675	6.2	1734
<b>Total:</b>	<b>1172</b>	<b>0.11</b>	<b>3323</b>	<b>0.31</b>	<b>2842</b>	<b>0.26</b>	<b>761</b>	<b>0.07</b>	<b>892</b>	<b>0.08</b>	<b>1845</b>

<b>(Cirurgia do) Ambulatório</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>confirm.</b>	<b>%</b>	<b>leg.</b>
GDHs médicos com tempo de internamento de zero dias	477	2.18			(20)
GDHs cirurgia ambulatório constantes Portaria D.R.	1654	7.56	16	0.97	(20)
GDHs de ambulatório não constantes na Portaria D.R.	150	0.69	26	17.33	(20)
<b>Total:</b>	<b>2281</b>	<b>10.43</b>			<b>(20)</b>

<b>Longa duração</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>confirm.</b>	<b>%</b>	<b>leg.</b>
Inferior ao limiar máximo	329	61.15			(24)
Superior/igual limiar máximo	209	38.85			(24)
<b>Total:</b>	<b>538</b>	<b>2.46</b>			<b>(20)</b>
Intern. prolong. sem CCs assinaladas	115	21.38	35	30.43	(25)
Internamento prolongado, caso social	28	5.20	1	3.57	(25)

\*\*\*\*\* AUDITOR v3.17 \* 21/08/2004 - 20:45:43 - HOSPITAL SÃO JOÃO - Página 3 \*\*\*\*\*

Encontra-se à direita a página 4 da listagem primitiva do Auditor, intitulada **SITUAÇÕES INCONGRUENTES**.

A primeira secção, **Conflitos de sexo, idade e datas**, contabiliza as situações em que apesar algumas datas serem válidas, não estão de acordo com outras datas do registo, como é o caso de Erro na sequência das datas de transferência. Estes casos normalmente serão mínimos, sendo resultado de manipulação dos registos ou de corrupção da base de dados.

Os casos de Conflito de sexo podem ser mais frequentes: traduzem, a maior parte das vezes, as situações em que foi feito um diagnóstico de adulto num doente com menos de 14 anos, e necessitam sempre de confirmação.

A falta da data de cirurgia quando há codificação dum procedimento no Bloco Operatório, também não deverá aparecer se a utilização do programa Integrador for correcta.

A secção seguinte, **Códigos de combinação / codificação múltipla**, assinala os casos em que se codificou com códigos separados (codificação múltipla) as situações para as quais existe um código único (dito de combinação). Tenha-se em atenção, agora que se está a corrigir a codificação da insuficiência renal, a Insuficiência renal em codificação múltipla: serão essencialmente os casos de insuficiência renal codificados com códigos de falência (“failure”) em que existia hipertensão (e que, a ser verdade, deveriam ter sido codificados com um único código da categoria 403.).

A secção das **Mensagens do aparelho circulatório** reúne as situações de não conformidade relacionadas com aquele capítulo. São quase sempre situações de erro de codificação e não deverão estar confirmadas. Salvaguardam-se algumas situações de Inserção/remoção de pacemaker sem terminais ou vice-versa.

Do mesmo modo, na secção das **Mensagens de Obstetrícia / Recém-nascidos** estão agrupadas as situações codificadas no Capítulo 11 (Obstetrícia), no Capítulo 15 (Período Perinatal) e com os códigos V30-V39.

A importância de se agruparem numa secção da listagem estas mensagens, algumas delas também incluídas noutras secções, é sublinhada pela existência de notas específicas para a Obstetrícia dentro das ICD-9-CM Official Guidelines For Coding and Reporting (C11. Complications of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium).

São sempre situações de erro e não deverão estar confirmadas.

+-----+  
 | SITUÇÕES INCONGRUENTES |  
 +-----+

<b>Conflitos de sexo, idade e datas</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>confirm. %</b>	<b>leg.</b>
Conflito de data de admissão				(99)
Conflito de data de alta				(99)
Conflito de idade	9		8 88.89	(99)
Conflito de sexo				(99)
A idade registada e a idade calculada são diferentes.	1			(99)
Erro na sequência das datas de transferência				(99)
Impossível validar os limiares (datas inválidas)				(99)
Procedimento no Bloco Op.: falta a data da cirurgia	6	0.06		(99)
<b>Códigos de combinação / codificação múltipla</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>confirm. %</b>	<b>leg.</b>
Códigos combinação e codific.múltipla em simultâneo	272	1.24		(20)
Aterosclerose extrem. e gangrena em codif. múltipla	3	1.10		(99)
Complicações de abortamento em codificação múltipla				(99)
Hemorragia digestiva em codificação múltipla				(99)
Insuficiência renal em codificação múltipla	269	98.90		(99)
Códigos de diagnósticos opostos em simultâneo				(20)
<b>Mensagens do aparelho circulatório</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>confirm. %</b>	<b>leg.</b>
Aterosclerose extrem. e gangrena em codif. múltipla	3	1.10		(99)
Insuficiência cardíaca em codificação múltipla				(99)
Síndrome coronário intermediário associado a EAM	3	42.86		(99)
Angina de peito associada a diagnóstico de EAM				(99)
Insuficiência cardíaca esq. associada a insuf. dta.				(99)
AVC assoc. a doença vasc. cerebral mais específica				(99)
Circulação extracorporeal e hipot./plegia/PM per-op.	1	14.29		(99)
Inserção/remoção pacemaker s/terminais ou vice-vers	2	28.57	1 50.00	(99)
Inserção de stent coronário s/angioplastia coronár.				(99)
Verificar sequenciação síndr.coronár. intermediário	1	14.29		(99)
<b>Mensagens de Obstetrícia / Recém-Nascidos</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>confirm. %</b>	<b>leg.</b>
Código de RN no registo da mãe				(18)
Código de maternidade no processo do RN				(19)
Verificar Diag.P. em Adulto c/ GDH de R/N (385-391)				(99)
Peso preenchido em registo de "não Recém-Nascido"				(99)
Diagnóst. c/parto referenciado mas parto n/codific.				(18)
Diagn. parto por fórceps/ventosa s/ proc.respectivo	1	0.07		(18)
Registo c/parto refer., diagn. c/ 5º díg.incoerente				(18)
Registo c/parto referenc., falta o produto do parto				(18)
Registo c/parto referenc., falta proced. e produto				(18)
Registo c/parto referenc., falta diagn. e produto	1	0.07		(18)
Registo c/produto parto, falta diagnóst. e proced.				(18)
Episiotomia s/codificação do procedimento do parto				(15)
Episiotomia simples (e episiot.) assoc.fórceps/vent				(15)
Parto referenc. em mulher s/diagnóstico maternidade				(18)
Parto normal e complicado simultaneamente				(18)

\*\*\*\*\* AUDITOR v3.17 \* 21/08/2004 - 20:45:43 - HOSPITAL SÃO JOÃO - Página 4 \*\*\*\*\*

A página seguinte desta listagem, a número 5, **OUTROS INDICADORES**, apresenta uma estatística dos GDHs existentes no ficheiro que foi auditado.

São contabilizados **os dez primeiros GDHs** em termos de número de registos, por ordem decrescente. Pretende-se com esta estatística ter uma ideia genérica da tipologia de doentes tratados no Hospital.

Assim, e por exemplo, no caso listado à direita, o GDH mais frequente é dos Procedimentos no cristalino (provavelmente serão situações de GDHs do ambulatório). Vêm a seguir os Recém-nascidos e os Partos vaginais (situações normais num hospital que tem obstetria). Em quarto lugar está o GDH da Laqueação venosa e flebo-extracção (provavelmente, mais uma vez, de cirurgia do ambulatório). Depois as Pneumonias, as Cesarianas e os AVCs (típicos dum hospital central).

Estão a seguir os GDHs de alerta.

Começa com o **GDH 468**, de procedimento extenso no Bloco Operatório não relacionado com o Diagnóstico Principal. Nunca será demais salientar (conforme resulta das auditorias externas realizadas) que os GDHs 468 são normais num hospital: deverão sempre existir alguns. Necessitam, é evidente, de confirmação, o que deverá aparecer na coluna respectiva (**confirm.**). A inexistência de qualquer GDH 468 levanta sempre suspeitas.

Já dos **GDHs 469 e 470** não deverá constar nenhum. São situações de erro de codificação que têm de ser verificadas e corrigidas.

Do **GDHs 476** e, principalmente, do **477**, deverão existir alguns. São procedimentos prostáticos ou outros procedimentos não extensos, de realização no Bloco Operatório, que não tiveram relação com o diagnóstico principal. Todos eles deverão ser validados e confirmados, de modo que tenham sido excluídas as situações de erro de codificação ou de recolha.

As últimas linhas, que contabilizam o agrupamento nas várias versões de GDHs que estiveram historicamente em uso em Portugal, só apresentarão números nos hospitais (ou no IGIF) que mantenham mais do que um agrupador em funcionamento, e que continuem a registar os respectivos resultados na base de dados (campos drg06, drg10, drg16, etc.).

+-----+  
| OUTROS INDICADORES |  
+-----+

GDHs mais frequentes / GDHs de alerta / outros indic.	nº	%	confirm.	%	leg.
1º 39 Procedimentos no cristalino, com ou sem vit	1074	4.91			(20)
2º 391 Recém-nascido normal	894	4.09			(20)
3º 373 Parto vaginal sem diagnóstico de complicaçã	846	3.87			(20)
4º 119 Laqueação venosa e flebo-extracção	608	2.78			(20)
5º 89 Pneumonia e pleurisia simples, Idade > 17 a	349	1.60			(20)
6º 371 Cesariana sem Complicações e/ou Comorbilida	333	1.52			(20)
7º 14 Perturb.cerebrovasc.específ. excepto aciden	322	1.47			(20)
8º 359 Interv. útero e anexos, por doença não mali	317	1.45			(20)
9º 390 Recém-nascido com outros problemas signific	285	1.30			(20)
10º 127 Insuficiência cardíaca e choque	275	1.26			(20)
468 Proced. extenso no BO n/relacionado com o D.P.	54	0.25	29	53.70	(20)
469 Diagn. P. inválido como diagnóstico de saída					(20)
470 Não classificável	4	0.02			(20)
476 Proced. prostát.no BO n/relacionado com o D.P.					(20)
477 Proced. n/extenso no BO n/relacion. com o D.P.	26	0.12	18	69.23	(20)
Agrupamento (GDH, GCD ou descrição) diferente					(20), (6)
Registos agrupados na versão HCFA 6.0 de 1988					(20)
Registos agrupados na versão HCFA 10.0 de 1992					(20)
Registos agrupados na versão HCFA 15.0 de 1997					(20)
Registos agrupados na versão HCFA 16.0 de 1998	21872	100.00			(20)
... outros					(20)

\*\*\*\*\* AUDITOR v3.17 \* 21/08/2004 - 20:45:43 - HOSPITAL SÃO JOÃO - Página 5 \*\*\*\*\*

Encontra-se, à direita, a página 6 da listagem estatística primitiva do programa Auditor.

Começa com uma secção de **Indicadores Gerais**.

Repete as médias de diagnósticos adicionais e de procedimentos por registo, que já foram apresentadas na página 1. Mas incluiu outros números e datas significativas: as referentes aos números de doente e aos números de episódio presentes no ficheiro auditado, bem como as datas de alta mais baixa e mais alta. Estes números são úteis na identificação do que está incluído numa determinada amostra de auditoria: estão as altas mais recentes? Até que data? Contempla episódios antigos? Desde quando? Etc.

A secção seguinte, **Outros**, é também muito útil na análise do que se encontra na amostra ou ficheiro auditado.

Contabilizando as situações de complicações, de efeitos adversos, de intoxicações, de traumatismos, etc., perceberemos se as nossas estatísticas de alertas relacionados com as causas externas são ou não significativas e, como resultado, se necessitamos de mais formação dos codificadores nesta área.

A percentagem dos GDHs cirúrgicos é elucidativa do tipo de hospital em análise.

Os números de partos, de cesarianas, de episiotomias, de pacemakers, de suturas, etc., pretendem apenas situar as mensagens com eles relacionadas (noutros locais desta listagem estatística) com o tipo de hospital (central ou distrital, especializado ou não, de tipo 1, de tipo 2 ou outro, etc.).

Do mesmo modo, a existência de traqueostomias ou de transplantes num hospital onde esses procedimentos não sejam possíveis, traduzirá, de imediato, uma área de auditoria a investigar.

Por último, as duas linhas relativas aos códigos de residência, pretendem apenas contabilizar a qualidade do preenchimento dos códigos de distrito, concelho e freguesia das moradas dos doentes.

A linha da residência fora do concelho do hospital, dará uma ideia da capacidade de atracção do hospital. Assim, um hospital não central (o central será aquele com mais doentes de outros concelhos) com muitos doentes provenientes de fora do concelho, poderá ser um polo de atracção e, nesse sentido, um bom prestador de cuidados.

Mas atenção que as leituras simplistas das estatísticas podem ser enganosas...

Um número elevado de “999999” traduzirá, eventualmente, uma falta de motivação ou de esforço dos funcionários administrativos na identificação dos doentes.

<b>Indicadores Gerais</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>confirm. %</b>	<b>leg.</b>
Média de diagnósticos adicionais por registo	84592	3.87		
Média de procedimentos por registo	116132	5.31		
Primeiro número de doente: 0				
último: 1994059719				
Primeiro número episódio: 1983010384				
último: 2004026369				
Data de alta mais baixa: 17/11/1988				
mais alta: 09/08/2004				
<b>Outros</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>confirm. %</b>	<b>leg.</b>
Registos de / com:				
bebés (menos de 1 ano de idade)	1966	8.99		(20)
<b>diagnósticos de:</b>				
complicações de cuidados médicos ou cirúrgicos	1407	6.43		(20)
efeitos adversos (995.)	82	0.37		(20)
efeitos tardios	140	0.64		(20)
efeitos de Radiações não especificados				(20)
intoxicações	100	0.46		(20)
maus tratos	1	0.00		(20)
parto referenciado	1341	6.13		(20)
procedimento não realizado (V64)	599	5.68		
queimaduras	121	0.55		(20)
traumatismos	1376	6.29		(20)
GDHs cirúrgicos	10015	45.79		(26)
GDHs que mudariam c/presença duma Complic./Comorb.	5386	24.63		(20)
maternidade	1502	6.87		(20)
<b>procedimentos de:</b>				
bloco operatório	9945	45.47		(27)
cesariana clássica				(16)
... outras Cesarianas	406	100.00		(16)
episiotomia	761	56.83		(17)
pacemakers	184	0.84		(3)
parto	1339	6.12		(20)
stents coronários	194	0.89		(20)
sutura de órgão	163	0.75		(20)
traqueostomias	58	0.27		(20)
transplante de coração				(20)
fígado				(20)
medula óssea	5	0.02		(20)
pulmão / pulmão + coração				(20)
rim	30	0.14		(20)
Residência fora do concelho do hospital				(20)
Residência com código preenchido com 999999				(20)

\*\*\*\*\* AUDITOR v3.17 \* 21/08/2004 - 20:45:44 - HOSPITAL SÃO JOÃO - Página 6 \*\*\*\*\*

Apresenta-se, à direita, a página 7 da listagem estatística primitiva do programa Auditor. Inclui as legendas referentes às primeiras 6 páginas desta listagem.

Apresentam-se algumas definições a ter em conta na interpretação dos indicadores, quer no que diz respeito aos valores possíveis para determinados códigos (de destino após a alta, por exemplo) quer no que tem a ver com a identificação dos termos de comparação (“em relação ao total de registos que necessitam de causa externa”, por exemplo).

Deve referir-se que muitas das legendas se encontram desactualizadas, apontando mesmo algumas para valores inexistentes (99, por exemplo). É uma área que aguarda definição por parte do IGIF.





+-----+  
| LEGENDAS |  
+-----+

- ( 1 ) - datas de nascimento, de admissão, da primeira cirurgia e de alta, idade, sexo, peso à nascença, tipo de admissão, destino após alta, código de outros destinos e código de residência
- ( 2 ) - códigos por corrigir, assinalados com 'X'
- ( 3 ) - 1=Programada, 2=Não programada, 3=Acesso, 4=PECLEC
- ( 4 ) - 1=Domicílio  
2=Transf. para outro Hospital de agudos  
6=Serviço domiciliário  
7=Saída contra parecer médico  
20=Falecido
- ( 5 ) - 0=(não preenchido)  
3=para a Consulta Externa  
4=para outro Hospital de não agudos  
5=para outro destino não especificado
- ( 6 ) - 1=para realização de exames  
2=para seguimento  
3=por falta de recursos  
4=para trat. condição associada
- (11) - em relação ao total de diagnósticos codificados
- (12) - em relação ao total de diagnósticos adicionais
- (13) - em relação ao n.º de registos com D.P. questionável
- (14) - em relação ao n.º de registos com diagnóstico de complicação
- (15) - em relação ao n.º de registos com diagnóstico de efeito adverso
- (16) - em relação ao n.º de registos com diagnóstico de efeito de radiação
- (17) - em relação ao n.º de registos com diagnóstico de efeito tardio
- (20) - em relação ao n.º de registos com diagnóstico de intoxicação
- (21) - em relação ao n.º de registos com diagnóstico de maus tratos
- (22) - em relação ao n.º de registos com diagnóstico de traumatismo
- (23) - em relação ao n.º de registos c/diagn. intoxicação ou traumatismo
- (24) - em relação ao total de registos que necessitam de causa externa

\*\*\*\*\* AUDITOR v3.17 \* 21/08/2004 - 20:45:44 - HOSPITAL SÃO JOÃO - Página 7 \*\*\*\*\*

Encontra-se à direita a primeira página da relatório estatístico mais recente [R], ou oficial, a página n.º 8 se foram pedidos os dois relatórios.

Começa, de novo, por se identificar o ficheiro auditado, a sua localização e o número de registos existentes; do mesmo modo se indica o nome, a localização e o número de registos do ficheiro de confirmação.

Aparece ainda a indicação de qualquer critério de selecção de registos que tenha sido aplicado: no caso desta listagem foram as altas do primeiro semestre de 2004.

Seguem-se várias secções de indicadores caracterizadas, neste relatório, pela comparação dos valores de duas auditorias.

Conforme se pode ver nas colunas da direita deste exemplo, a **AUDITORIA** incidiu sobre o ficheiro LHSJ (D:\GDH\LHSJ.DBF, com 682765 registos, conforme indicado nas primeiras linhas) tendo sido seleccionados apenas os registos com data de alta entre 1/01/2004 e 30/06/2004, ou seja, o primeiro semestre de 2004.

Nas colunas da esquerda, apresenta-se o termo de **COMPARAÇÃO**, JOAO2003 que, conforme se pode verificar pela respectiva legenda (0), foram produzidos em 21/08/2004 a partir do mesmo ficheiro. Como é evidente, fora produzida a estatística de 2003 e guardados os indicadores para comparação.

Ver na Secção 13, **SELECÇÃO DE REGISTOS**, como se aplicam critérios de selecção a um determinado ficheiro de auditoria, e na Secção 12, **Opções de Trabalho**, como se podem guardar os indicadores numa determinada auditoria.

Nesta primeira página encontram-se as secções do **INDICADORES GERAIS**, do **QUADRO RESUMO** e dos **CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO ERRADOS**.

Não deverão aparecer quaisquer códigos errados. A sua existência revelará a falta de auditoria interna, a incapacidade de se fazerem correcções ou, eventualmente, uma fase intermediária entre a detecção e a correcção (da responsabilidade do codificador ou da responsabilidade do funcionário administrativo).

AUDITOR DE GDHs \* IGIF - DDSFG  
 =====

[D:\GDH\LHSJ.DBF] 682765 registos  
 [D:\GDH\468ASSIN.DBF]: 7074 registos confirmados  
 Selecção: altas entre 01/01/2004 e 30/06/2004

1) INDICADORES GERAIS	COMPARAÇÃO: --JOAO2003-(0)	AUDITORIA: -- LHSJ --
Nº de registos revistos	45191	21872
Nº médio de códigos por registo:		
diagnósticos (todos)	5.72	5.87
diagnósticos de admissão	1.00	1.00
diagnósticos principais	1.00	1.00
outros diagnósticos	3.72	3.87
procedimentos	5.32	5.31
causa externa	0.21	0.19
morfologia	0.01	0.01

#### DADOS ERRADOS

2) QUADRO RESUMO	COMPARAÇÃO: -----JOAO2003-----			AUDITORIA: ----- LHSJ -----		
		nº	%		nº	%
	total	códigos	códigos	total	códigos	códigos
	códigos	errados	errados	códigos	errados	errados
Diagnósticos	258282	1	0.00	128336	23	0.02
Procedimentos	240636	0	0.00	116132	1	0.00
Causa externa	9444	0	0.00	4187	0	0.00
Morfologia	534	0	0.00	224	0	0.00
Identificação do doente (1)	497101	18	0.00	240592	6	0.00

3) CODIGOS DE DIAGNOSTICO ERRADOS	COMPARAÇÃO: --JOAO2003--		AUDITORIA: -- LHSJ --	
	nº	%	nº	%
Código de categoria (3 dígitos) (2)	1	100.00	0	
Falta de 4º ou 5º dígito (2)	0		0	
4º ou 5º dígito inválido (2)	0		22	95.65
Códigos de diagnósticos opostos em simultâneo (3)	1	0.00	0	
Código de RN no registo da mãe (4)	0		0	
Código de maternidade no processo do RN (5)	0		0	
*** TOTAL	2		22	

0) Indicadores produzidos em 21/08/2004, a partir do ficheiro:.  
 D:\GDH\LHSJ.DBF com 682765 registos

- 1) Datas de nascimento, de admissão e de alta, idade, sexo, peso à nascença, residência, tipo de admissão e destino após a alta
- 2) Percentagens calculadas em relação ao total de códigos de diagnósticos errados.
- 3) Percentagens calculadas em relação ao total de registos revistos.
- 4) Percentagens calculadas em relação ao total de registos de maternidade.
- 5) Percentagens calculadas em relação ao total de registos de recém-nascidos.

\*\*\*\*\* AUDITOR v3.17 \* 21/08/2004 - 20:45:44 - HOSPITAL SÃO JOÃO - Página 8 \*\*\*\*\*

Apresenta-se a seguir a página 9 das listagens estatísticas do Auditor (página 2 se só for impresso o relatório Recente).

Nela se encontram as secções dos **CÓDIGOS DE PROCEDIMENTO**, dos **CÓDIGOS DE CAUSA EXTERNA** e dos **CÓDIGOS DE MORFOLOGIA ERRADOS**.

Repete-se o que ficou dito para a página anterior: não devem existir erros nestas secções.

Segue-se a secção dos **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO ERRADOS**. Nela se contabilizam os números de doente e de episódio, as datas de nascimento, de admissão, da primeira cirurgia (quando existente) e da alta, os valores da idade e do peso do recém-nascido, e os códigos do tipo de admissão, do destino e de outros destinos após a alta, e do motivo de transferência para outro hospital.

Uma correcta utilização do Integrador impedirá a generalidade destes erros.

4) CODIGOS DE PROCEDIMENTO ERRADOS	COMPARAÇÃO:	AUDITORIA:
	--JOAO2003--	-- LHSJ --
	nº %	nº %
Código de categoria (2 dígitos)	0	0
Falta 3º ou 4º dígito	0	0
3º ou 4º dígito inválido	0	1 100.00
<b>*** TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

5) CODIGOS DE CAUSA EXTERNA ERRADOS	COMPARAÇÃO:	AUDITORIA:
	--JOAO2003--	-- LHSJ --
	nº %	nº %
Código de categoria (3 dígitos)	0	0
Falta 4º dígito	0	0
4º dígito inválido	0	0
<b>*** TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

6) CODIGOS DE MORFOLOGIA ERRADOS	COMPARAÇÃO:	AUDITORIA:
	--JOAO2003--	-- LHSJ --
	nº %	nº %
Código de categoria (4 dígitos)	0	0
Falta 5º dígito	0	0
5º dígito inválido	0	0
<b>*** TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

7) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO ERRADOS	COMPARAÇÃO:	AUDITORIA:
	--JOAO2003--	-- LHSJ --
	nº %	nº %
Número de doente/episódio em branco	0	0
Datas nascimento/admissão/cirurgia/alta	18	6 100.00
Idade	0	0
Sexo	0	0
Peso à nascença	0	0
Tipo de admissão (6)	0	0
Destino após alta (7)	0	0
Outros destinos (8)	0	0
Motivo de transferência (9)	0	0
<b>*** TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>6</b>

\*\*\*\*\* AUDITOR v3.17 \* 21/08/2004 - 20:45:44 - HOSPITAL SÃO JOÃO - Página 9 \*\*\*\*\*

Apresenta-se a seguir a página 10 das listagens estatísticas do Auditor (página 3 se só for impresso o relatório Recente).

Nela se encontram as secções dos **GDH 470 – NÃO CLASSIFICÁVEL / GDH 0 - NÃO AGRUPADO**, dos **CÓDIGOS DE CAUSA EXTERNA** e dos **CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO**.

Na primeira secção, estão os registos incorrectamente agrupados em GDHs. São situações excepcionais. Se não tiverem resultado de manipulação das bases de dados fora do Integrador, serão, provavelmente registos que esperam correcção do diagnóstico principal.

A secção seguinte, dos **CÓDIGOS DE CAUSA EXTERNA**, refere-se a registos em que já não há erros de códigos, mas erros de aplicação das regras de codificação. As situações resumem-se a dois tipos: a falta duma causa externa para justificar determinado tipo de diagnósticos (complicação de cuidados médicos, efeitos adversos, efeitos das radiações, efeitos tardios, intoxicações, maus tratos e traumatismos) que o Integrador não permitirá, e o não correcto relacionamento entre um destes diagnósticos e a causa externa aplicada, a situação mais frequente, cujo exemplo mais frequente será “diagnóstico de intoxicação e causa externa de efeito adverso [427]”.

Na secção dos **CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO** reúnem-se várias situações de eventual desrespeito das regras de codificação.

Estão neste contexto os diagnósticos principais inaceitáveis clinicamente e os questionáveis (admissão, manifestação, sintoma, efeito tardio, ou que requer diagnóstico secundário). Sublinha-se, mais uma vez, a necessidade de distinguir entre uma codificação em conformidade com as regras aplicáveis, as situações de internamento clinicamente não adequado a um hospital de agudos, e os casos de admissão correcta, codificação correcta, mas mensagem de alerta.

O importante será não alterar uma correcta codificação mas, em vez disso, alertar os responsáveis para as situações clínicas desajustadas e confirmar as mensagens do Auditor (ver Secção 9, Processos confirmados).

8) GDH 470 - NAO CLASSIFICAVEL / GDH 0 - NAO AGRUPADO	COMPARAÇÃO:		AUDITORIA:	
	--JOAO2003--		-- LHSJ --	
	nº	%	nº	%
Diagnóstico principal inválido / inexistente	1	100.00	5	83.33
Outros erros (idade, sexo, destino após a alta)	0		2	33.33
*** TOTAL	1		6	

INDICADORES DE ALERTA

9) CODIGOS DE CAUSA EXTERNA	COMPARAÇÃO:		AUDITORIA:	
	--JOAO2003--		-- LHSJ --	
	nº	%	nº	%
Código E no local dos diagnósticos (9)	0		0	
Diagnóstico de complicação: falta a causa externa (10)	23	0.89	11	0.78
Diagnóstico de ef. adverso: falta a causa externa (99)	9	5.49	6	7.32
Diagnóstico de ef. radiaç.: falta a causa externa (99)	0		0	
Diagnóstico de efeito tard.: falta a causa externa (99)	1	0.39	0	
Diagnóstico de intoxicação: falta a causa externa (10)	1	0.24	0	
Diagnóstico de intoxicação: causa externa ef. adverso (9)	2	0.49	0	
Diagnóstico de maus tratos: falta a causa externa (99)	0		0	
Diagnóstico de traumatismo: falta a causa externa (11)	7	0.19	2	0.15
D. ef.adv/ef.tard/compl/intox/traum.: c.ext. n/relac. (99)	21	0.30	8	0.26
Total registros com falta de causa externa (12)	44	0.62	19	0.61

10) CODIGOS DE DIAGNOSTICO	COMPARAÇÃO:		AUDITORIA:	
	--JOAO2003--		-- LHSJ --	
	nº	%	nº	%
Diagnóstico principal inaceitável clinicamente (3)	67	0.15	24	0.11
Diagnóstico principal questionável: (3)	834	1.85	277	1.27
admissão (13)	53	6.35	13	4.69
manifestação (13)	0		0	
sintoma (13)	781	93.65	264	95.31
efeito tardio (13)	0		0	
requer d.s. (24)	0		0	
Diagnóstico principal inespecífico (3)	628	1.39	400	1.83
Diagnóstico c/parto referenciado mas parto n/codific. (4)	0		0	
Registro c/parto referenciado, falta o produto parto (4)	1	0.03	0	
Registro c/parto referenciado, falta proced. e produto (4)	1	0.03	0	
Registro c/parto referenciado, falta diagn. e produto (4)	1	0.03	1	0.07
Registro c/produto parto, falta diagnóst. e procedim. (4)	0		0	
Reg. c/parto referenciado, diagn. c/ 5º dígito incoer (4)	0		0	
Parto referenciado em mulher s/diagnóstico de matern. (4)	0		0	
Códigos de combinação/codificação múltipla em simult. (3)	873	1.93	272	1.24
Diagnósticos adicionais inaceitáveis (14)	4	0.00	1	0.00
Diagnósticos adicionais inespecíficos (14)	10835	6.45	5551	6.56
Diagnósticos duplicados (15)	56	0.02	21	0.02
Diagnósticos de fratura sem procedimento de redução (11)	17	0.46	8	0.58
Diagnósticos de luxação sem procedimento de redução (11)	3	0.08	1	0.07
Diagnósticos de queimadura sem especific. área queimada (99)	14	4.64	0	
Código de morfologia sem diagnóstico de neoplasia (25)	0		1	0.45

\*\*\*\*\* AUDITOR v3.17 \* 21/08/2004 - 20:45:44 - HOSPITAL SÃO JOÃO - Página 10 \*\*\*\*\*

Apresenta-se a seguir a página 11 das listagens estatísticas do programa Auditor (página 4 se só for impresso o relatório Recente).

Nela se encontram as secções dos **CÓDIGOS DE PROCEDIMENTO** dos **TEMPOS DE INTERNAMENTO EXCEPCIONAIS** e dos **GDHs DE ALERTA**.

Na primeira secção trata-se, mais uma vez da detecção de inconsistência entre a utilização de determinados códigos de procedimentos e outros elementos do mesmo registo, ou da incoerência entre procedimentos e diagnósticos. A última linha, que contabiliza os episódios sem códigos de procedimentos, não precisa, obrigatoriamente de apresentar um valor nulo. É perfeitamente aceitável haver registos sem procedimentos (já lá vai o tempo em que “quantos mais códigos melhor codificação”). Veja-se ainda, a este propósito, a definição da mensagem “não há procedimentos registados [735]” no Anexo 2.

Na secção seguinte, **TEMPOS DE INTERNAMENTO EXCEPCIONAIS**, contabilizam-se alguns tempos de internamento relativamente aos limiares definidos na Portaria dos GDHs. Esta listagem “Recente” está manifestamente desactualizada face ao que se apresenta a este respeito na listagem “Primitiva”.

A última secção desta página, relativa aos **GDHs DE ALERTA**, contabiliza as situações de agrupamento que carecem de revisão. Note-se que só o GDH 469 deve ficar a zero. É normal existirem sempre GDHs 468, 476 e 477.



11) CODIGOS DE PROCEDIMENTO	COMPARAÇÃO:		AUDITORIA:	
	--JOAO2003--		-- LHSJ --	
	nº	%	nº	%
Procedimentos cirúrgicos inespecíficos (16)	20	0.01	10	0.01
Procedimentos duplicados (16)	984	0.41	822	0.71
Procedimento no BO sem nenhum diagnóstico relacionado (16)	132	0.05	80	0.07
Procedimento de redução sem diagnóstico de fractura (11)	2	0.05	1	0.07
Procedimento de redução sem diagnóstico de luxação (11)	5	0.14	1	0.07
Episiotomia sem codificação procedimento do parto (18)	0		0	
Episiotomia simples (e episiot) assoc.fórceps/ventosa (18)	1	0.06	0	
Inserção de stent coronário sem angioplastia coronár. (99)	0		0	
Inserção/remoção pacemaker s/terminais ou vice-versa (17)	3	0.53	2	1.09
Combinação errada de pacemaker e terminais (17)	1	0.18	0	
Sutura de órgão sem diagnóstico da lesão respectiva (99)	19		8	4.91
Episódios sem procedimentos registados (3,24)	14	0.03	6	0.03

12) TEMPOS DE INTERNAMENTO EXCEPCIONAIS	COMPARAÇÃO:		AUDITORIA:	
	--JOAO2003--		-- LHSJ --	
	nº	%	nº	%
Internamento prolongado sem CC assinaladas: (22)	292	24.66	115	21.38
situações sociais (22)	34	2.87	28	5.20
Potenciais situações de ambulatório (3)	1257	2.78	477	2.18
Tempo de internamento não coerente com o GDH (3,23)	338	0.75	136	0.62

13) GDHs DE ALERTA	COMPARAÇÃO:		AUDITORIA:	
	--JOAO2003--		-- LHSJ --	
	nº	%	nº	%
468 - Procedimento extenso no BO n/relacionado c/D.P. (3)	60	0.13	54	0.25
469 - Diagnóstico Principal inválido como diagn. alta (3)	0		0	
476 - Procedimento prostático no BO n/relac. com D.P. (3)	0		0	
477 - Procedimento n/extenso no BO n/relac. com D.P. (3)	40	0.09	26	0.12

\*\*\*\*\* AUDITOR v3.17 \* 21/08/2004 - 20:45:44 - HOSPITAL SÃO JOÃO - Página 11 \*\*\*\*\*

Apresenta-se a seguir a última página das listagens estatísticas do programa Auditor: a número 12 se forem impressas as duas, ou a número 5 se só for pedida a mais Recente ou oficial.

A secção de **OUTROS INDICADORES**, faz apenas uma estatística de tipos de situações presentes na amostra auditada, com a finalidade de se apreciar melhor algumas mensagens com elas relacionadas. A secção correspondente da listagem Primitiva está muito mais completa, pois contabiliza várias outras situações.

A última parte, das **LEGENDAS** está, também, muito desactualizada. Aguardam-se as definições do IGIF para os termos de referência das percentagens.

AUDITOR DE GDHs \* IGIF - DDSFG  
 =====

14) OUTROS INDICADORES	COMPARAÇÃO:		AUDITORIA:	
	--JOAO2003-- nº	%	-- LHSJ -- nº	%
GDH cir. ambulatório constantes na Portaria em vigor (3)	2674	5.92	1654	7.56
Cesarianas clássicas (19)	0		0	
Outras cesarianas (19)	895	100.00	406	100.00
Episiotomias (20)	1677	59.30	761	56.83
Registos com Diagnóstico de Parto referenciado (4)	2833	90.77	1341	89.28
Registos com Procedimento de Parto (4)	2828	90.61	1339	89.15
Registos de Maternidade (3)	3121	6.91	1502	6.87
Registos de Pacemakers (3)	566	1.25	184	0.84
Registos de Bebés (menos de 1 ano de idade) (3)	4430	9.80	1966	8.99
Registos de Stents Coronários (3)	0		194	0.89
Registos de Suturas de órgãos (9)	0		163	0.75

#### LEGENDAS

- 3) Percentagens calculadas em relação ao total de registos revistos.  
 4) Percentagens calculadas em relação ao total de registos de maternidade.  
 6) 1 - Programada; 2 - Não programada.  
 7) 1 - Domicílio; 2 - Outro hospital de agudos; 6 - Serviço domiciliário;  
     7 - Saída contra parecer médico; 20 - Falecido  
 8) 0 - Não preenchido; 3 - Para a Consulta Externa; 4 - Para Outro Hospital de não Agudos;  
     5 - Para Outro Destino não especificado  
 9) Percentagens calculadas em relação ao total de registos com o código E.  
 10) Percentagens calculadas em relação ao total de registos com diagnóstico de intoxicação.  
 11) Percentagens calculadas em relação ao total de registos com diagnóstico de traumatismo.  
 12) Percentagens calculadas em relação ao total de registos c/diagn. intoxicação ou traumatismo.  
 13) Percentagens calculadas em relação ao total de registos com diagnóstico principal questionável.  
 14) Percentagens calculadas em relação ao total de códigos de diagnóstico adicionais.  
 15) Percentagens calculadas em relação ao total de códigos de diagnóstico.  
 16) Percentagens calculadas em relação ao total de códigos de procedimento.  
 17) Percentagens calculadas em relação ao total de registos com procedimento de pacemaker.  
 18) Percentagens calculadas em relação ao total de registos com procedimento de episiotomia.  
 19) Percentagens calculadas em relação ao total de registos com procedimento de cesariana.  
 20) Percentagens calculadas em relação ao total de registos com procedimento de qualquer tipo de parto  
 21) Apenas se não é um recém-nascido, não aparece o código V64 - procedimento não realizado, e há mais de 2 dias de internamento  
 22) Percentagens calculadas em relação ao total de doentes com tempo de internamento acima do limiar superior  
 23) Doentes com tempo de internamento inferior a 2 dias, não falecidos, e classificados em GDH c/CCs ou de transplante  
 24) Não são inaceitáveis se forem acompanhados por outros diagnósticos; na ausência destes, aparece a mensagem "Requer diagnóstico adicional"  
 25) Percentagens calculadas em relação ao total de registos com código de morfologia.

\*\*\*\*\* AUDITOR v3.17 \* 21/08/2004 - 20:45:44 - HOSPITAL SÃO JOÃO - Página 12 \*\*\*\*\*